

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Mars 1908, à 1 heure

PAR

N.-G. MAZINGARBE

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

Quelques Variétés Cliniques Rares

DE LA

PNEUMONIE

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { *MM. DEBOVE, professeur*
HUTINEL, professeur
CASTAIGNE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	}	BERGER
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	}	PINARD
		BAR
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBECOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL, chef
		des travaux anat.
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma vive
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE
PROFESSEUR TILLAUX

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE D^r LABADIE-LAGRAVE

Médecin de l'hôpital de la Charité

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
Chirurgien de l'hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD

Médecin de l'hôpital Lariboisière

(Stage 1902)

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades

(Externat 1904-1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MONOD

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

Chirurgien des hôpitaux

(Externat 1905-1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEJARS

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉCLÈRE

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Médecin des hôpitaux

(Externat 1906-1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique Obstétricale

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEAU

Accoucheur des hôpitaux

(Stage obstétrical 1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

Médecin de l'hôpital Tenon

(Externat 1907-1908)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
Quelques Variétés cliniques rares de la Pneumonie

INTRODUCTION

En prenant comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude de certaines variétés cliniques de la pneumonie, nous n'avons pas eu la prétention de faire œuvre nouvelle. En effet, chacune de ces formes que nous allons passer en revue est connue ; chacune d'elles, malgré leur relative rareté, a été plus ou moins longuement étudiée, et il ne semble pas qu'on puisse, sur un tel sujet, apporter une contribution personnelle bien considérable. Si, cependant, sur les conseils de notre excellent maître, M. le Dr Causade, nous avons cru pouvoir revenir sur ces formes rares, mais connues de la pneumonie, c'est que, durant le cours de nos études médicales, il nous a

été donné d'en observer quelques-unes ; et nous avons pensé qu'il serait peut-être bon de les réunir et d'en faire une étude d'ensemble, ce qui, en dehors des exposés forcément rapides, et souvent théoriques des traités n'avait pas encore été fait. Nous avons pensé en outre, que nos maîtres, en exigeant une thèse comme couronnement des études médicales, voulaient nous obliger avant tout, à faire preuve d'un certain esprit d'observation, qualité indispensable au futur médecin, et notre thèse, basée uniquement sur des faits cliniques observés à l'hôpital, s'emploiera surtout à montrer, en dehors de quelques déductions pratiques que nous croirons pouvoir en tirer, que nous avons cherché à observer.

Nous avons éliminé tout d'abord certaines formes qui, bien que peu communes, et par là même fort intéressantes n'ont de pneumonie que le nom. Nous voulons parler de la pneumonie caséuse, et de la gangrène pulmonaire à forme pneumonique. Nous avons éliminé aussi, certaines congestions pulmonaires à pneumocoques, dans lesquelles les signes physiques sont tellement identiques à ceux d'une pneumonie franche que souvent, au début, le diagnostic sera impossible et que l'évolution seule permettra la différenciation. Nous avons également négligé de parler de la pneumonie dite grippale, cette affection ne présentant, selon nous, aucun caractère particulier, qui permette de la considérer comme une entité morbide spéciale.

Nous n'avons envisagé que des pneumonies vérita-

bles mais qui, soit par leurs caractères, soit par leur évolution, diffèraient complètement de la forme classique dont Grisolle nous a donné un tableau si complet. Nous nous sommes efforcé aussi, de ne parler que de formes que nous avons pu observer nous-même. Nous avons cru, cependant, en raison de l'intérêt clinique qu'elles présentent, devoir en ajouter quelques autres, bien que nous ne les ayons personnellement jamais rencontrées. De ce nombre, sont ces cas si rares et aussi si intéressants de pneumo-paludisme, de pneumonie fœtale et d'abcès du poumon d'origine pneumonique.

Nous étudierons d'abord certaines formes de pneumonies atypiques, soit par leurs caractères physiques, soit par leur évolution, et dans ce groupe, nous rangeons les pneumonies apyrétiques et les diverses variétés de pneumonies prolongées. Nous parlerons ensuite, dans un second groupe, des pneumonies survenant au cours d'états pathologiques antérieurs : paludisme, tuberculose et fièvre typhoïde. Dans un troisième, nous verrons que la pneumonie peut, parfois, s'accompagner de complications fort graves, parmi lesquelles nous relevons l'abcès et l'œdème du poumon. Nous terminerons, enfin, en disant quelques mots de ces curieux cas de pneumonie fœtale, sur lesquels la récente communication de MM. Ménétrier et Touraine nous a apporté d'utiles documents.

Mais avant de commencer cette étude, nous ne saurions oublier les maîtres éminents auprès de qui

nous avons puisé la plus grande partie de nos connaissances médicales et dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut. A tous, nous adressons ici, l'expression de notre vive gratitude. Nous devons remercier surtout M. le D^r Caussade notre dernier maître, qui fut pour nous plein de bienveillance et qui, après nous avoir suggéré l'idée de notre thèse, nous en a fort aimablement facilité l'exécution.

Nous tenons enfin à remercier bien sincèrement M. le professeur Dieulafoy pour le grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre soutenance.

CHAPITRE PREMIER

Pneumonie apyrétique et pneumonie d'un jour

Dans son traité de la *Pneumonie*, Grisolle avait jadis écrit : « La fièvre est la compagne si ordinaire de la pneumonie, que presque tous les médecins la croient constante, indispensable en quelque sorte. J'ai longtemps partagé cette opinion, mais elle me paraît aujourd'hui trop exclusive » et, à l'appui de ces paroles, Grisolle rapporte plusieurs cas de pneumonies apyrétiques. On vit dans la suite, lorsque Charcot et Roger eurent démontré la nécessité de la thermométrie clinique, des cas d'infection, de pneumonies en particulier, où l'on ne constatait aucune élévation de la température.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence de ces cas de pneumonies apyrétiques chez certains malades débilités. Tous les cliniciens en ont observé, dans certains états cachectiques, chez des diabétiques, chez d'anciens albuminuriques particulièrement.

Parrot en a signalé chez des enfants athreptiques. Chez les vieillards, enfin, la pneumonie apyrétique est presque la règle, et il est devenu banal de citer le cas de ces vieilles femmes de la Salpêtrière qui meurent subitement alors qu'elles avaient toutes les apparences d'une parfaite santé ; cependant à l'autopsie, on trouve un foyer plus ou moins étendu d'hépatisation grise. Ce sont là des faits courants, et sans autre intérêt clinique.

Dans tous ces cas, l'organisme débilité est incapable d'opposer à l'agent pathogène la moindre résistance ; et ne savons-nous pas que la fièvre, n'est que la manifestation de cette résistance de notre organisme.

Bien différents sont ces cas où la pneumonie évolue, sans élévation de température, chez un sujet jeune et vigoureux. Ces faits évidemment sont rares, mais ils existent, et c'est sur eux que nous voulons surtout attirer l'attention.

En 1905, M. Legendre avait rapporté à la Société médicale des hôpitaux, un cas d'autant plus intéressant de pneumonie apyrétique, que cette affection avait été immédiatement précédée d'une autre semblable ayant évolué classiquement. Voici du reste l'observation de M. Legendre.

OBSERVATION I

(Legendre. — *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1905.)

Pneumonie apyrétique

Il s'agit d'un malade de vingt-sept ans. Jusqu'ici bien portant, non éthylique, qui fut pris un après-midi de malaise général avec frisson peu intense. Le lendemain, il fut obligé de suspendre son travail et de s'aliter. Le même soir, apparition d'un violent point de côté sur la paroi thoracique gauche. La douleur était augmentée par la toux et les mouvements respiratoires. Le malade entre à l'hôpital.

A ce moment pas de dyspnée ; mais persistance du point de côté.

La température est à 40 degrés. Crachats adhérents, visqueux et rouillés.

On trouve tous les signes d'une pneumonie du lobe inférieur gauche.

La défervescence se fait au septième jour, et s'accompagne d'une crise urinaire.

Mais, le même jour, on constate un nouveau foyer de pneumonie à droite, qui se manifeste par un souffle tubaire intense, et des bouffées de crépitants. On note, en outre, la réapparition de crachats rouillés et une diminution considérable du taux des urines.

La température, durant toute l'évolution de cette nouvelle pneumonie, se maintint entre 37 degrés et 37° 4.

Peu à peu, le souffle s'atténuait. Les râles devenaient des râles de retouffir. Une nouvelle crise urinaire survint et la guérison fut parfaite.

Ce cas est tout à fait remarquable, car il nous donne à la fois un exemple de pneumonie double et de pneumonie apyrétique. Il faut noter en outre que le malade n'était pas éthylique. L'éthylisme, en effet, se rencontre presque toujours dans ces cas d'infection sans fièvre. En 1897, Guyader l'avait déjà signalé, et à l'appui de sa thèse, nous trouvons, entre autres, l'observation suivante :

OBSERVATION II

(In th. Guyader. Paris, 1897.)

Pneumonie apyrétique

Malade, âgé de quarante ans, entre à l'hôpital pour courbature générale accompagnée de diarrhée rebelle. Le malade, alcoolique invétéré, est atteint de phénomènes d'intolérance gastrique et de diarrhée. La température est à 36° 8.

On trouve un peu de matité au poumon droit, mais absence complète de signes stéthoscopiques. Les jours suivants, les phénomènes gastro-intestinaux s'amendent, mais le malade est un peu dyspnéique. Cependant, l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire. Le malade succombe à l'asphyxie.

On trouve à l'autopsie, une pneumonie du lobe inférieur du poumon droit, au stade d'hépatisation rouge.

Il est évident que, dans ce cas, l'éthylisme a joué le rôle prépondérant dans l'évolution de l'affection pneumococcique, et nous croyons que des cas semblables méritent d'être rangés parmi ceux que nous signalions au début de ce chapitre, et dans lesquels l'absence de fièvre s'explique par la complète déchéance de l'organisme et son impuissance à résister à l'agent infectieux.

Voici maintenant une observation personnelle, dans laquelle il s'agit également d'un malade éthylique bien qu'à un degré infiniment moindre que le précédent.

OBSERVATION III (Personnelle)

Pneumonie apyrétique

L..., quarante ans, maçon, entre à l'hôpital le 24 octobre 1905. Cinq jours auparavant, il a été pris brusquement en pleine santé, de frisson avec toux, point de côté violent et céphalée.

Il n'y eut alors aucune élévation de température à ce qu'aurait constaté le médecin.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, point de côté violent à la base du thorax, à gauche. La douleur est exagérée par les efforts, et par la palpation. Le malade présente en même temps une toux peu intense, sans aucune expectoration.

La température est à 37 degrés. Le pouls régulier à 70.

A l'examen du poumon gauche, on note : au-dessous de l'épine de l'omoplate, de la matité avec vibrations à peu près normales. A l'auscultation, de la bronchophonie et un foyer de râles crépitants. Le reste du poumon gauche et le poumon droit ne présentent rien d'anormal. Il en est de même des autres organes.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais de l'indican en quantité notable.

Deux jours après l'entrée à l'hôpital on perçoit au même niveau un souffle tubaire mais peu intense, et quelques râles crépitants qui persistent. Il n'y a toujours ni expectoration ni fièvre.

Au bout de quatre jours, les signes physiques ont presque disparu. On n'entend plus que quelques râles crépitants de retour.

Puis le malade fait une crise urinaire. Les chlorures indosables au début, sont redevenus en quantité normale : 14 à 15 grammes.

Des signes physiques, il ne persiste plus qu'un peu de rudesse de l'inspiration au niveau de l'espace interscapulo-vertébral gauche.

Notre malade était légèrement éthylique.

Ici encore notre malade était un éthylique. Son éthylogisme cependant était assez léger, et tout en en admettant son influence incontestable dans l'évolution de la maladie, nous ne croyons pas, qu'à lui seul, il ait pu être la cause de la complète apyrexie.

Nous pensons qu'un autre facteur a dû intervenir, et il faut bien, d'ailleurs, le rechercher, si l'on veut expliquer l'absence complète de fièvre chez le malade de Legendre. Il est malheureusement bien difficile d'assigner à ces faits une cause bien déterminée, et si nous avons tenu à les signaler, nous ne pouvons que renoncer à une interprétation plus ou moins fantaisiste.

Pourtant, à propos de ces cas dont nous venons de parler, il faudrait se demander si l'absence de fièvre est aussi absolue qu'il nous l'a semblé. Ne faut-il pas plutôt admettre que cette fièvre existe, et que son éphémère durée lui permette de passer inaperçue. C'était déjà l'opinion de Grisolle, et nous partagerons volontiers cette idée, tout en reconnaissant que, dans le cas de Legendre, la fièvre aurait fait une bien fugace apparition, puisque le malade n'avait pas quitté l'hôpital, et que sa température était prise matin et soir. Mais l'accès fébrile a pu certainement ne durer que quelques heures, et, chez les autres malades qui étaient déjà souffrants depuis quelques jours, avant leur entrée à l'hôpital, il est fort possible qu'il ait également existé.

C'est pourquoi, nous avons voulu parler ici, d'une autre forme dont M. Nordmann a rapporté un cas dans la *Gazette des hôpitaux*, 1906, et qu'il a étudiée sous le nom de pneumonie d'un jour. Jusqu'ici, cette forme avait été regardée comme une variété spéciale des pneumonies abortives. C'est plutôt, en réalité, une pneumonie apyrétique, opinion que M. Nord-

mann a déjà soutenue. Dans la pneumonie abortive, en effet, la fièvre tombe brusquement, et avec elle rétrocede le processus pulmonaire lui-même. Si bien qu'en trois ou quatre jours, le malade est guéri.

Dans la pneumonie d'un jour, au contraire, la température qui est montée brusquement à 39° 5, 40 degrés, parfois même davantage, redescend en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Mais il faut bien remarquer que tous les autres signes persistent. Signes physiques et signes généraux continuent à évoluer comme dans une pneumonie ordinaire, et la durée de l'affection n'est nullement abrégée par la chute de la température.

Le pneumonie d'un jour avait été signalée par un certain nombre d'auteurs étrangers. Wunderlich en 1872, Leube, en 1877, en avaient déjà publié des cas, et après eux, Weill, puis Urdanario et enfin Steiner, en ont observé un certain nombre d'autres. Nous ne connaissons en France que le cas signalé par Nordmann et dont voici l'observation :

OBSERVATION IV

(Nordmann. — *Gaz. des Hôp.*, 1906.)

Pneumonie d'un jour

Il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans, toujours bien portant jusque-là, qui fut pris le 4 novembre 1905, de grand frisson. Il eut ensuite plusieurs vomissements puis un violent

point de côté à gauche. Toute la nuit, dyspnée, insomnie et toux.

Il entre à l'hôpital le lendemain.

On trouve le malade en proie à une dyspnée intense.

La température est à 40° 5.

6 novembre. — Le malade présente tous les signes d'une pneumonie à la base gauche : matité dans le tiers inférieur, souffle tubaire étendu avec pluie de crépitants. Propagation sous l'aisselle.

Les autres organes sont sains ; pourtant, la rate est un peu grosse. Les urines uratiques, contiennent des traces d'albumine.

Les signes fonctionnels persistent. Le point de côté est encore très violent ; néanmoins, la respiration est un peu plus facile.

9 novembre. — La température, en quarante-huit heures, est tombée à 37° 4, après une sudation abondante et une crise urinaire.

Pourtant, les signes physiques persistent. La matité est aussi étendue, mais le souffle ne reste bien net, qu'au niveau de la grosse bronche. Plus bas, râles nombreux gras et humides.

10 novembre. — La température est à 37 degrés.

Les crachats sont de couleur gelée d'abricot.

12 novembre. — Matité au tiers inférieur, diminution des vibrations à l'auscultation, on n'a plus qu'un souffle expiratoire assez doux, sur une ligne horizontale passant à deux travers de doigt, au-dessous de l'épine de l'omoplate. Quelques râles de retour.

Expectoration de crachats, visqueux, adhérents, couleur gelée d'abricot.

Ces signes ont été en s'amendant par la suite, pour disparaître complètement. Au bout d'un mois, le malade part en convalescence et à son retour, tous signes ont complètement disparu.

Cette observation, nous montre bien l'analogie de la pneumonie apyrétique, et de la pneumonie d'un jour. Si l'on veut bien, dans cette dernière forme, négliger l'élévation passagère de la température au début, il est facile de se rendre compte que l'évolution de l'infection pneumococcique est absolument la même dans les deux cas. Or, il faut bien remarquer que, à l'hôpital du moins, il est bien rare de voir un pneumonique au début. Presque tous ces malades sont déjà atteints depuis plusieurs jours, trois ou quatre le plus souvent. Aussi, est-il bien difficile, dans ces conditions, de savoir si l'affection a été tout à fait apyrétique, même au début ; et est-il permis de se demander si la pneumonie d'un jour, qu'on ne cherchait pas jusqu'ici, ne serait pas plus fréquente qu'on ne l'a dit, la pneumonie apyrétique devenant, par contre, une plus grande rareté clinique.

CHAPITRE II

Pneumonies prolongées

Grisolle, parlant de la durée de la pneumonie, a dit : « La pneumonie de l'âge adulte est une maladie qui se juge le plus communément dans le cours du second septénaire, c'est-à-dire du neuvième au quatorzième jour. Ce n'est que très exceptionnellement, que la pneumonie se termine soit dans le premier septénaire, soit à la fin, ou à plus forte raison dans le courant du troisième. » On admet plus généralement aujourd'hui, que la durée habituelle de l'affection est d'environ sept jours. Mais nous savons qu'il existe à cette règle de fort nombreuses exceptions. Tout d'abord, il est bien certain que la pneumonie peut avoir une durée abrégée ; la défervescence survenant au quatrième ou cinquième jour ; et, soit qu'on les appelle pneumonies abortives, soit qu'on veuille, comme l'ont fait certains auteurs, ne voir en elles que des variétés de congestion pulmonaire, nous

pensons que ces infections peuvent trouver place dans les formes cliniques de la pneumonie.

Plus fréquents sont les cas de pneumonie prolongée, que Barth, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* a définis : « des pneumonies dans lesquelles indépendamment de toute complication, le processus continue sa marche au delà du terme ordinaire, sans que, pour cela, l'issue définitive soit nécessairement changée. »

Il semble d'après cette définition que, seules, les formes dans lesquelles la défervescence, au lieu de survenir vers le commencement du second septenaire, se prolonge jusqu'à la fin de cette période, voire même plus longtemps, méritent le nom de pneumonies prolongées. On a coutume, cependant, de réunir sous ce nom, un assez grand nombre de variétés de pneumonies, à évolution atypique certainement, mais qui ne sont en réalité que des états pneumococciques de longue durée. C'est ainsi que nous éliminerons de ce chapitre, certaines pneumonies se compliquant de lésions extra-pulmonaires. Nous ne parlerons pas davantage de pneumonies récidivantes. Il s'agit alors, surtout lorsque la récurrence a été séparée de la première atteinte par un assez long espace de temps, de deux infections absolument indépendantes l'une de l'autre, et ne rentrant pas, par conséquent, dans la définition de la pneumonie prolongée.

Parfois, cependant, la récurrence suit, de si près la première infection pneumococcique, qu'il est per-

mis de la considérer comme une rechute, et partant, d'en faire une forme prolongée de la pneumonie.

OBSERVATION V (Personnelle)

Récidive de pneumonie au sommet

Il s'agit d'un malade de quarante six ans, entré le 16 février 1906 dans le service, pour une pneumonie lobaire, franche, aiguë du sommet droit.

L'évolution s'était faite normalement, et le malade put partir en convalescence le 28 février.

Il revient dans le service le 14 mars, avec une récidive de sa pneumonie au sommet droit. Il est actuellement au sixième jour de cette nouvelle pneumonie.

Il est très dyspnéique, accuse une violente douleur thoracique à droite, un peu au-dessous de l'aisselle.

On trouve, à l'auscultation, un souffle tubaire dans l'aisselle avec autour, une couronne de râles crépitants, éclatant par bouffées pendant la plus grande partie de l'inspiration. En auscultant la fosse sus-épineuse, on perçoit un souffle caverneux se propageant jusqu'au niveau de la base, et renforcé au niveau de la région médiane interscapulaire.

On perçoit en même temps, au sommet droit, des râles de gargouillement donnant absolument l'impression d'une géode énorme. A la base, quelques râles sous-crépitan.

Les crachats sont rouillés.

Les autres organes paraissent absolument sains.

La défervescence survint le 19 mars, au onzième jour de la

maladie. Mais, cinq jours après, le souffle tubaire persiste et l'on perçoit encore quelques crépitants dans l'aisselle. Les râles de gargouillement ont disparu, et il reste des signes évidents de congestion.

C'est à la formation d'un nouveau foyer, qu'est due ici l'évolution prolongée de la maladie, et ce cas ne diffère en rien de ces formes connues sous le nom de pneumonies à rechutes dans lesquelles comme l'avait dit justement Grisolle « la pneumonie reparait pendant la convalescence, à une époque où celle-ci n'est pas encore achevée ». C'est là encore une forme rare, et Grisolle que l'on ne peut jamais trop citer quand il s'agit de la pneumonie avait également dit : « De toutes les maladies aiguës, la pneumonie est une de celles où les rechutes ont lieu le plus rarement. » Dans ces formes, la défervescence vient de se produire, et l'apyrexie est complète depuis déjà plusieurs jours, lorsque survient, avec la même localisation, une nouvelle poussée de pneumonie. Celle-ci, d'ailleurs, affecte aussi bien dans sa symptomatologie que dans son évolution tous les caractères d'une pneumonie franche. C'est du moins ce qui résulte de notre observation, que nous croyons pouvoir considérer comme une rechute et non comme une récurrence de pneumonie. C'est ce qui résulte aussi, du cas rapporté par MM. Achard et Grenet ; c'est ce qui résulterait du remarquable cas, publié en 1899 par Chauffard, et dans lequel le malade succomba à une

méningite pneumococcique, alors que la guérison semblait devoir rapidement survenir.

Dans ces cas que nous venons d'étudier, nous avons vu la formation de plusieurs foyers successifs ayant même localisation. Mais le processus pneumonique peut aussi, en envahissant successivement des régions pulmonaires différentes, nous donner des formes de pneumonies prolongées : Tels sont les cas de pneumonies migratrices et de pneumonies doubles.

Dans les premières, que Trousseau avait nommées pneumonies erysipélato-phlegmoneuse, que Friedrich et Kussmaul désignaient sous le nom d'érysipèle du poumon, les foyers d'hépatisation se succèdent ; tandis que la partie primitivement atteinte, entre en résolution, un nouveau foyer se constitue à ce moment ; la température qui était déjà descendue remonte brusquement, en même temps que l'on note une exacerbation notable de tous les signes fonctionnels et physiques. Ces formes diffèrent donc complètement de certaines pneumonies extensives, où le processus inflammatoire gagne de proche en proche, mais sans quitter le foyer initial. Il semble, en outre, qu'elles surviennent de préférence chez les sujets affaiblis déjà par une infection antérieure ; et en effet, elles furent particulièrement fréquentes pendant la fameuse épidémie de grippe de l'hiver 1889-1890.

On peut, avec G. Sée, envisager la pneumonie double comme une variété de pneumonie migratrice, la migration se faisant ici dans le poumon du côté opposé. Cette forme rare ne présente par elle-même

aucun caractère particulier, si ce n'est pourtant d'assombrir considérablement le pronostic, la guérison devenant dans ces cas l'exception.

Dans une seconde catégorie, nous allons nous occuper maintenant de pneumonies prolongées, dont le caractère principal est la persistance pendant plusieurs semaines de l'infiltration pneumonique. Dans ces cas, l'évolution de la maladie se fait d'une façon absolument normale ; le début, seul, est peut-être un peu moins solennel ; mais la défervescence ne se fait pas, et tous les signes physiques et fonctionnels persistent plus ou moins longtemps. Dans un cas que Bennion a rapporté dans la *Lancet* (janvier 1904), les signes d'auscultation persistèrent pendant huit semaines. Yersin de Payerne a signalé un certain nombre de cas semblables, dans lesquels la durée de l'affection varia entre plusieurs semaines et plusieurs mois. Nous avons pu nous-même observer un de ces cas, où pendant deux mois on put noter la persistance des signes physiques. Voici cette observation.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Pneumonie droite. — Longue durée des signes physiques

Marguerite H..., vingt et un ans, couturière, entre à l'hôpital Tenon, salle Duflocq, le 25 juillet 1905.

Elle est malade depuis le 15 juillet. A ce moment, elle se plaint de courbature générale pendant plusieurs jours. Elle

fut prise ensuite de petits frissons et d'un point de côté droit qui survint il y a quatre jours.

On trouve au point de vue des signes physiques tous les signes d'un épanchement pleural, à tel point qu'une ponction fut jugée nécessaire. Répétée à trois reprises différentes, cette ponction fut blanche. Peu après, on perçut un souffle tubaire à droite, et l'on fit le diagnostic de pneumonie à foyer central probable. Cependant, la température reste variable entre 38 degrés et 39 degrés ; l'expectoration, surtout, est plutôt spumeuse et l'on ne trouve que quelques crachats pneumoniques de couleur sucre d'orge. Il existe également une odeur fétide qui fait craindre un foyer de gangrène pulmonaire, mais qui disparaît au douzième jour.

Un examen bactériologique a montré que le pneumocoque était seul en cause et existait en quantité extraordinaire. Ceci permet d'affirmer le diagnostic de pneumonie franche des deux lobes inférieurs du poumon droit.

29 juillet au 4 août. — La température baisse progressivement de 39° 6 à 37 degrés. Etat général meilleur.

Le souffle se limite au bloc central qui est très étendu et à sa périphérie. Râles crépitants inspiratoires.

9 août. — Le souffle a repris son caractère du début : il est pleurétique et plus étendu. Une ponction permet d'évacuer 100 grammes de liquide un peu louche.

11 août. — Ponction exploratrice négative.

22 août. — Réapparition du souffle pneumonique, pas de râles, égophonie pectoriloque aphone.

25 août. — Tous les signes physiques de la pneumonie persistent : matité, bronchophonie, pectoriloque aphone, souffle tubaire à timbre criard aux deux temps de la respi-

ration. Tous ces signes se retrouvent au niveau du tiers moyen du poumon droit. Il existe en outre, dans la partie correspondante du poumon, en avant, des signes de bronchite.

L'expectoration est très abondante, et l'on ne trouve dans les crachats que du pneumocoque à l'exclusion du bacille de Koch.

2 septembre. — Matité de la base droite remontant jusqu'à la partie moyenne du poumon. Diminution des vibrations. Mais par contre, souffle tubaire très prononcé, s'entendant sous l'aisselle et ayant son maximum au niveau du tiers inférieur du poumon. Râles crépitants nombreux et égophonie.

7 septembre. — Etat général bon : expectoration moins abondante, pas de bacille de Koch dans les crachats, mais uniquement du pneumocoque. Les signes notés précédemment ont presque tous disparu. Seul le souffle tubaire persiste encore, mais il a beaucoup diminué.

Les sommets paraissent absolument sains. La malade quitte l'hôpital.

C'est un cas à peu près semblable, que M^{lle} Bourgeois a étudié dans sa thèse, sous le nom de pneumonie traînante. Voici, rapidement résumée son observation :

OBSERVATION VII

(In th. Bourgeois. — Paris, 1905.)

Pneumonie traînante

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, qui fut prise subi-

tement d'un malaise général avec frissons (légers, mais nombreux et répétés) et quintes de toux. Le lendemain apparition d'un point de côté qu'exaspèrent les mouvements respiratoires, et d'une vive céphalalgie.

Elle entre à l'hôpital au quatrième jour de sa maladie dans un état d'abattement extrême. La dyspnée intense, les frissons, le point de côté, la présence de submatité à la base droite font penser à un foyer de pneumonie centrale, malgré l'absence de souffle et de râles, malgré aussi une brusque chute de température qui est descendue le matin de 39°.6 à 38 degrés.

Le lendemain, la matité est plus complète, il y a de l'exagération des vibrations. Le souffle tubaire enfin est apparu. Les crachats, non caractéristiques, tuent la souris en dix-huit heures. La température est remontée à 39°5.

L'état de la malade reste ainsi pendant plusieurs jours fort inquiétant ; elle est abattue et présente un délire doux et monotone.

Au neuvième jour de la maladie, on constate à la base droite, la présence de sous crépitants humides. Quelques jours après, apparition de quelques crachats rouillés.

Vers le quizième jour, la défervescence se produit brusquement, mais sans crise urinaire. Cependant les signes physiques persistent ; l'état général va cependant en s'améliorant. Ce n'est pourtant qu'au trentième jour que tous les signes d'auscultation ont à peu près disparu. Cette amélioration avait été précédée d'une brusque décharge urinaire.

Dans ce cas, la courbe thermique s'est peut-être davantage rapprochée de la courbe habituelle de la

pneumonie franche. Mais ici, comme dans notre observation, la défervescence se produisit vers le quinzième jour ; et malgré que cette défervescence ait été plus rapide que chez notre malade où elle se fit plutôt en lysis, dans les deux cas, les signes physiques ont persisté longtemps après ; dans les deux cas aussi, on a noté de passagères élévations de température. Aussi, tout en admettant volontiers, le nom de pneumonie trainante, croyons nous que ces cas rentrent dans la même catégorie que ceux signalés par Bennion et Yersin.

Ces cas, nous l'avons vu par les deux exemples cités, se terminent habituellement par la guérison, mais cette évolution n'est pas toujours aussi favorable, et souvent on a vu la tuberculose venir se greffer sur l'affection pulmonaire pneumococcique, d'autres cas moins graves aboutissant à la chronicité.

A côté de ces formes de pneumonie de longue durée, il est assez fréquent d'observer des cas de pneumococcies prolongées consécutifs à une pneumonie franche. Ces cas, dont nous possédons trois exemples, se caractérisent surtout, en dehors de complications diverses toujours possibles, par une extrême longévité du pneumocoque. Dans nos trois observations, cet agent pathogène a gardé sa virulence pendant près de deux mois. Mais ces formes, quoique fort intéressantes, ne rentrent pas dans le cadre de notre étude ; aussi n'insisterons nous pas davantage.

Nous avons dit que, dans ces cas de pneumonies prolongées, on pourrait, en général, porter un pro-

nostic assez favorable. Mais ce pronostic, ne pourra être formulé qu'autant qu'il aura été possible de faire le diagnostic exact de l'infection pulmonaire. Si dans certains cas, ce diagnostic sera facile, il en est d'autres au contraire, où le clinicien restera hésitant. C'est surtout avec la tuberculose aiguë, à forme pneumonique, que la pneumonie prolongée pourra être confondue. Pendant une quinzaine de jours, en effet, les signes et l'évolution de ces deux affections sont souvent identiques et seul, l'examen bactériologique des crachats, permettra de poser un diagnostic certain.

CHAPITRE III

Pneumonie intermittente et pneumo-paludisme

Si nous nous sommes décidé à réunir dans le même chapitre la pneumonie intermittente et le pneumo-paludisme c'est que longtemps, ces deux formes ont été confondues. Sous le nom de pneumonie intermittente, Grisolle n'a guère envisagé que des cas de pneumo-paludisme : et cette confusion se retrouve dans deux thèses de Paris, l'une de Fortin en 1870, l'autre de Godinot en 1872. C'est seulement en 1888 que Landouzy et De Brun employèrent pour la première fois le nom de pneumo-paludisme, terme plus précis et qui permettait de séparer deux affections différentes.

Nous avons vu que la pneumonie ne présentait pas toujours l'évolution classique que nous lui connaissons. Elle peut, en particulier, prendre une allure intermittente, sa courbe thermique rappelant alors, celle d'une fièvre paludéenne. C'est ce fait qui

avait permis la confusion des anciens auteurs qui voyaient dans ce caractère intermittent de la fièvre, un élément certain de paludisme. Sans doute, lorsque dans une pneumonie, la fièvre prend une allure intermittente, il est du devoir du clinicien de penser à la malaria et d'en rechercher soigneusement les stigmates ; il ne faut pas néanmoins oublier que cette intermittence de la température n'est pas une preuve absolue d'infection paludéenne, et que, dans certains cas, rares il est vrai, elle peut se rencontrer chez des pneumoniques complètement indemnes de paludisme. C'est de ces formes que nous allons parler tout d'abord, et c'est à elles seules que nous donnons le nom de pneumonies intermittentes, le nom de pneumo-paludisme étant réservé aux intermittentes vraies, dans lesquelles l'hématozoaire de Laveran est à peu près le seul agent pathogène.

En 1907, M. Martinet a publié dans la *Presse médicale*, un remarquable cas de pneumonie intermittente. Voici son observation résumée :

OBSERVATION VIII

(Martinet. — *In Presse médicale*, 1907.)

Pneumonie intermittente

Il s'agit d'un garçon de quatre ans et demi qui fut pris brusquement le 18 janvier 1907, vers 11 heures du matin, de

vomissements avec malaise général et fièvre vive. Il fut examiné le lendemain 19, à 8 heures du matin.

A ce moment, la température était à 40 degrés.

Le pouls battait à 130. On notait quarante respirations.

L'enfant était abattu, inquiet et pleurard.

La langue est sale ; le ventre indolore.

L'auscultation était négative, malgré que l'enfant présentât une petite toux sèche et très pénible.

Il existait une douleur spontanée dans l'hypocondre gauche.

L'enfant fut mis à la diète et purgé au calomel.

Le soir, à 6 heures, la température était à 39°2.

20 janvier. — La température matinale est de 35°8.

Le pouls est à 100 ; on compte vingt-huit respirations.

L'auscultation reste négative ; seule la petite toux sèche persiste ainsi que le point de côté dans l'hypocondre gauche.

Le soir, la température remonte à 39 degrés.

21 janvier. — La température est redescendue à 35°8 pour remonter le soir à 40°2.

A ce moment seulement, on note l'apparition de la matité et d'un souffle tubaire doux, vers la partie moyenne du poumon gauche en arrière.

On porte alors le diagnostic de pneumonie, diagnostic confirmé par M. le Dr Legendre appelé en consultation.

Les jours suivants, la toux et le point de côté persistent ainsi que le souffle et la matité dans la région moyenne du poumon gauche. Il est à remarquer que la température a constamment oscillé entre 36° 8 à 37 degrés température du matin et 39 degrés à 40 degrés température du soir. Les

signes d'auscultation eux-mêmes, étaient beaucoup moins marqués, le matin que le soir,

Le neuvième jour, la défervescence se produisit brusquement ; elle fut également complète, et la convalescence fut normale.

Dans cette observation, malgré que l'examen bactériologique n'ait pas été fait, nous pouvons admettre qu'il s'est agi d'une véritable pneumonie à forme intermittente. La matité, le souffle, l'évolution de la maladie terminée au neuvième jour, tout permet de croire à une pneumonie. Dans ce cas, nous avons vu cette forme intermittente indépendante de tout miasme paludéen, survenir chez un enfant de quatre ans et demi, et c'est un fait qui n'est pas très rare chez l'enfant, si nous en croyons Grancher et Comby. C'est d'ailleurs aussi l'opinion de Behrend qui a cité deux observations de pneumonies chez des enfants où la courbe thermique fut intermittente, atteignant le soir 41 degrés pour redescendre à 37 degrés le matin.

Nous avons vu aussi que, dans cette observation, la chute de la température succédait presque immédiatement à son élévation. Tandis que, le matin, l'apyrexie était complète, la température remontait le soir à 39 et 40 degrés. Dans d'autres cas, la chute de la température s'étant produite, la nouvelle élévation ne survient qu'après un ou deux jours d'apyrexie.

C'est une véritable pneumonie à rechutes et c'est

sous ce nom que l'ont décrite MM. Grancher et Comby.

Cette forme d'ailleurs, ne présente, en dehors de l'évolution thermique, aucun autre signe particulier. Généralement, le pronostic reste favorable, et la défervescence survient dans le courant ou à la fin du second septénaire. Dans certains cas, pourtant, les rechutes se font plus fréquentes, à intervalles plus ou moins rapprochés et le diagnostic alors pourra être parfois hésitant. C'est qu'en effet, le foyer pneumonique se retrouve, fréquemment alors au sommet, et il sera souvent difficile de le différencier d'un foyer de tuberculose. Nous verrons plus loin que cette difficulté se retrouve dans le diagnostic différentiel du pneumo-paludisme ; nous verrons également alors quels caractères nous permettront de distinguer les deux affections.

Mais à côté de cette forme intermittente de la pneumonie, indépendante de tout miasme paludéen, il ne faut pas oublier que le plus souvent, l'intermittence de la température sera, dans ces cas qui nous occupent, un sérieux indice de paludisme. Parfois, et nous ne ferons que citer le fait sans nous y arrêter davantage, le pneumocoque de Talamon Fränkel infecte brusquement le poumon d'un sujet qui a eu quelques semaines ou quelques mois auparavant des fièvres palustres. Dans ce cas, la pneumonie évolue seule, comme le ferait une pneumonie franche chez un sujet absolument sain.

D'autres fois, nous voyons un malade en puissance

de malaria ; il vient d'avoir un ou plusieurs accès ; d'autres encore sont imminents ; c'est alors que cette infection vient se compliquer d'une pneumonie indépendante dont le pneumocoque est le seul agent ainsi qu'en témoignent les examens de crachats faits par Massalonga et ceux du suc pulmonaire que firent Marchiafara et Guarneri. Dans ces cas que Constant appelait « pneumonies compliquées d'accès intermittents » nous avons un véritable mélange de pneumonie et de paludisme. Chacune de ces infections, d'ailleurs, évolue séparément avec le caractère qui lui est propre, et leur réciproque influence serait à peu près nulle, si elles ne se donnaient mutuellement un caractère de gravité beaucoup plus grande.

Nous devons aussi citer une troisième catégorie de pneumonies paludéennes : celles que Hadji Costa avait désignées sous le nom de pneumonies post-paludéennes et qu'avant lui, Kelsh et Kiener avaient particulièrement bien étudiées. « La pneumonie, avaient-ils dit, est la cause de mort la plus fréquente chez les paludéens » ; et en effet, les observations sont nombreuses, de ces pneumonies éclatant chez d'anciens paludéens, parfois affranchis depuis quelque temps d'accidents aigus, parfois aussi en proie à des accès irréguliers. Ces pneumonies diffèrent peu par leur symptomatologie d'une pneumonie franche aiguë. Il faut bien savoir, cependant, que le plus souvent, le début est moins solennel, presque insidieux ; l'abattement devient parfois rapidement extrême, tandis que, par contre, certains signes

bruyants de la pneumonie, dyspnée, point de côté, caractères de l'expectoration font totalement défaut.

Ce qui est certain, c'est que cette variété de pneumonie paludéenne présente une gravité extraordinaire. La mortalité serait pour Collin de 60 o/o de 78 o/o pour Kelsh et Kiener ; et dans certains cas même, où la guérison sera survenue, elle sera presque toujours suivie d'une aggravation du mauvais état antérieur.

Il nous reste maintenant à parler d'une dernière forme à laquelle MM. De Brun et Landouzy ont appliqué le nom de pneumo-paludisme, et qui va surtout nous occuper ici. Cette variété, avait été depuis longtemps observée ; c'est à elle que Morton avait donné le nom de fièvre pernicieuse, pneumonique ; c'est elle que Grasset qualifie de pyrexie pneumo-paludéenne. Cependant, certains auteurs, Collin et Vallin entre autres, en avaient nié l'existence et il a fallu les observations plus récentes et aussi plus précises de Grasset, Jaccoud, Armingault, et nombre d'autres pour lever les doutes à ce sujet. Plus récemment encore M. De Brun en publiait dans la *Presse médicale* un nouveau cas dont voici résumée l'observation.

OBSERVATION IX

Pneumo-paludisme du sommet

(H. de Brun. — *Presse médicale*, avril 1907.)

Le 10 juin 1907 est entrée salle Sainte-Catherine une fil-

lette de douze ans que nous trouvons dans un état assez inquiétant.

L'affection qui était à son troisième jour, avait débuté brusquement pendant la journée du 7 juin par des frissonnements, une élévation rapide de la température (39° 2 à la première exploration thermique), de l'anorexie, des vomissements et du délire ; tous symptômes survenus avec une quasi-instantanéité si bien que dès les premiers symptômes, la malade incapable de se soutenir avait été mise au lit.

Pendant les deux jours qu'elle y resta avant son entrée à l'hôpital, la fièvre persista toujours très élevée, et le délire ne cessa que par instants. Toute alimentation resta presque impossible, la malade ne voulant accepter ni bouillon, ni lait. Il y eut en outre des vomissements alimentaires et bilieux.

Au moment de l'examen, la prostration est extrême. Les yeux constamment fermés sont profondément infectés. Le regard est éteint et sans expression ; la malade répond difficilement aux questions qui lui sont posées. Il existe enfin un délire léger, mais cependant incontestable.

L'examen permettait d'affirmer l'intégrité des viscères abdominaux. L'estomac avait ses dimensions habituelles, le foie son volume normal ; seule, la rate présentait une légère augmentation de volume si bien qu'à la palpation on pouvait sentir son extrémité inférieure dépassant d'un centimètre environ le rebord des fausses côtes. Pas de trace de météorisme. Le ventre avait conservé sa laxité et sa souplesse ordinaires, et si la pression y était douloureuse un peu partout, et plus particulièrement au niveau des hypocondres, cela tenait non à l'altération des organes sous-jacents, mais à une hyperesthésie très marquée, au point que la palpation,

même superficielle, non seulement de l'abdomen, mais encore, bien qu'à un moindre degré, du thorax, arrachait parfois des plaintes à la malade et la réveillait de la somnolence dans laquelle elle était plongée. Avec cela, constipation opiniâtre. Langue rose et humide contrastant avec l'ensemble des phénomènes généraux. La température était de $40^{\circ} 2$; le pouls battait à 125. Aucune trace d'éruption. Le cœur était en parfait état ; ses bruits nets et bien frappés, l'absence d'arythmie, de souffle ou de frottements, la situation de la pointe à deux travers de doigt au-dessous et en dedans du mamelon ne laissaient aucun doute sur ce point. Les urines contenaient environ 5 grammes d'albumine par litre.

Malgré l'absence de toux, malgré l'ampleur et la facilité des mouvements respiratoires, bien que le nombre des respirations ne dépassât pas 34 à la minute, l'examen du poumon nous réservait une surprise.

La percussion, normale dans toute la hauteur du côté gauche, provoquait dans les fosses sus et sous-épineuses droites une matité absolue avec résistance au doigt. A ce niveau, les vibrations thoraciques étaient considérablement exagérées et l'on constatait à l'auscultation l'existence d'un souffle tubaire intense avec bronchophonie et retentissement exagéré de la toux. Mais aucun râle, aucun frottement. En dépit d'un examen minutieux et prolongé, il fut impossible de percevoir, soit pendant les grandes inspirations, soit pendant la toux, le moindre bruit adventice, le plus léger signe traduisant l'existence d'une exsudation alvéolaire, bronchique ou pleurale.

On fit de suite le diagnostic de pneumo-paludisme du sommet en se basant exclusivement sur l'existence de cette

condensation du sommet du poumon ne provoquant ni toux, ni expectoration, ni dyspnée, et ne s'accompagnant ni de râles ni de frottements.

Ce diagnostic fut confirmé par l'examen du sang dans lequel on trouva des quantités innombrables d'hématozoaires, et l'évolution de la maladie.

Dans la journée on fit une injection de 1 gr. 50 de chlorhydrate neutre de quinine.

Le soir vers 7 heures, la température était encore à 40 degrés. On fit une seconde injection de 1 gr. 50 de quinine.

Le lendemain, 11 juin, la température marquait 38 degrés le matin et 37° 7 le soir. On injecta 1 gr. 50 de quinine le matin et 0 gr. 50 le soir.

Le 12, la température se maintient à 37° 7. 1 gr. 50 de quinine. Le 13 et les jours suivants la température reste à 37 degrés, on fait encore 1 gr. 50 de chlorhydrate de quinine.

En même temps les symptômes généraux s'amendent fort rapidement.

Le délire cesse, les vomissements disparaissent, l'appétit et le sommeil reviennent, si bien que, le 13 la fillette se trouvait guérie.

La lésion pulmonaire elle-même rétrocedait.

La matité et la résistance au doigt s'atténuaient et le souffle disparaissait progressivement de bas en haut. Il s'effaçait définitivement le 14 au matin, ne laissant après lui qu'un peu de rudesse respiratoire.

Les observations semblables ne manquent pas, et nous en retrouvons une autre dans la thèse du Dr Lelièvre que nous voulons aussi reproduire.

OBSERVATION X

(In th. Lelièvre. — Paris, 1894-1895.)

Pneumo-paludisme du sommet

Le nommé M..., trente-sept ans, déjà sujet aux accès de fièvre intermittente est pris, à la suite d'une nuit passée tout entière auprès d'un étang, de malaise général; le lendemain on constate les phénomènes suivants: Au sommet du poumon gauche, submatité, souffle tubaire aux deux temps de la respiration; retentissement exagéré de la voix et des vibrations thoraciques.

Toux fréquente, quinteuse. Expectoration un peu mousseuse, peu abondante. Le malade se plaint d'une douleur dans le creux de l'aisselle gauche. On porta le diagnostic de pneumonie aiguë du sommet gauche, tout en admettant comme possible, la nature paludéenne de l'affection. En effet, le lendemain, les signes d'auscultation étaient atténués; la température de 40 degrés, était tombée à 37°4 pour remonter d'ailleurs le même soir à 40 degrés en même temps que les signes physiques redevenaient plus marqués.

Les choses évoluèrent ainsi les 7, 8, 9, et 10 février. Le 11, le malade était guéri grâce à la quinine qui avait été administrée à la dose de 1 gramme par jour.

Dans ces deux observations, on le voit, il s'est agi d'une véritable hépatisation pulmonaire, hépatisation due au seul hématozoaire à l'exclusion du pneumocoque; car si le second cas où aucun examen bactériologique ne fut pratiqué est, certes,

moins démonstratif dans le premier, l'examen du sang montra une quantité innombrable d'hématozoaires.

En 1895, M. De Brun avait fait remarquer que l'impaludisme frappait presque exclusivement le sommet et ces deux observations apportent encore un argument en faveur des faits qu'il a observés. Elles diffèrent pourtant l'une de l'autre par un caractère important. Tandis que dans la première il s'agit d'une fillette de douze ans, dans la seconde, le malade est un homme de trente-sept ans. Ce dernier cas, en effet, est une rareté, le pneumo-paludisme étant, dit De Brun « propre à l'enfant et à la jeunesse » ; et ceci est confirmé par sa statistique dans laquelle, sur 123 cas, il n'a rencontré que trois malades âgés de plus de trente ans.

Cette seconde observation nous montre également de la façon la plus classique, l'évolution de la maladie. « Celle-ci nous dit G. Sée, peut débiter de deux façons : tantôt, c'est l'élément fébrile qui domine ; on croit à un accès de fièvre ordinaire, et les accidents pulmonaires se démasquent ensuite ; tantôt, et c'est suivant nous, le cas le plus fréquent, les symptômes locaux apparaissent d'abord avec les signes ordinaires de la pneumonie, et ce n'est que la marche ultérieure de la maladie qui démasque son caractère paludéen. » Cette évolution est en effet caractéristique. Chaque accès de fièvre qui est d'ordinaire à type tierce ou quotidien, est accompagné des symptômes classiques de la pneumonie qui disparaissent

avec la fin de l'accès pour se reproduire ensuite avec plus d'acuité à la crise fébrile suivante. Il est, un point cependant, sur lequel MM. Landouzy et De Brun ont particulièrement insisté, et qui permet souvent de différencier le pneumo-paludisme d'une pneumonie franche aiguë : c'est l'absence complète de râles et de frottements, absence que nous retrouvons dans les deux observations ci-dessus ; et ce fait a pour De Brun une importance capitale. « Il ne faut pas oublier, dit-il, que si la déglobulisation et la mélanie traduisent l'action de l'hématozoaire sur le sang, les congestions, et, à un degré plus élevé, les scléroses caractérisent les plus incontestables altérations viscérales de l'impaludisme. Les inflammations franches et suppuratives, pas plus que les inflammations catarrhales, ne sauraient lui appartenir. Voilà pourquoi, s'il y a des congestions et des scléroses hépatiques... ou spléniques, d'origine palustre, il n'y a ni abcès du foie, ni abcès de la rate qui relèvent directement du paludisme. Voilà pourquoi les congestions et les scléroses pulmonaires — seules altérations du poumon qui dépendent du paludisme — sont exclusivement caractérisées par des symptômes de condensation et ne s'accompagnent jamais de râles ni d'aucun signe traduisant l'existence d'un catarrhe bronchique concomitant, d'une altération quelconque, d'une sécrétion même insignifiante de l'épithélium broncho-pulmonaire. »

Nous devons dire aussi que la lésion pulmonaire

paludéenne peut affecter une forme chronique dont la sclérose pulmonaire est l'aboutissant habituel.

L'importance du diagnostic n'est pas, dans ces cas, à démontrer. Il y va de la vie du malade, méconnu, le pneumo-paludisme n'est pas traité, et bientôt survient une aggravation des phénomènes locaux et généraux. Au bout de quelques accès, le délire apparaît, les lésions envahissent les deux poumons, et le malade ne tarde pas à succomber dans le coma.

Ce diagnostic sera, d'après les caractères énumérés plus haut, généralement facile, mais à la condition d'y penser. L'erreur la plus commune sera de rattacher à la tuberculose les lésions pulmonaires qu'on vient de constater. Et cependant, De Brun nous a montré les différences nombreuses qui distinguent les deux affections : L'aspect du paludéen est celui d'un malade fatigué, et son teint terreux diffère totalement de l'aspect coloré des phthisiques. Le paludéen tousse peu et surtout expectore peu. Ses crachats d'ailleurs sont presque exclusivement salivaires, ne ressemblant en rien aux crachats purulents et nummulaires des tuberculeux. Les lésions elles-mêmes, en dehors de leur localisation identique, ne présentent aucun caractère commun. Pas de râles dans la pneumonie paludéenne, mais un souffle franchement tubaire et de l'égophonie, signes qu'on ne retrouve jamais dans la tuberculose. D'ailleurs l'hypertrophie du foie et de la rate, et surtout, dans les cas difficiles, l'examen du

sang et des crachats permettront toujours la différenciation.

L'affection ne sera que bien rarement confondue avec certaines formes de la pneumonie franche, nous voulons surtout parler de la pneumonie récidivante et de la pneumonie migratrice. L'erreur serait plus facile avec les formes de pneumonies intermittentes non paludéennes dont nous avons parlé au début de ce chapitre. Les commémoratifs aidant, et surtout l'évolution et, dans ces cas aussi, l'examen bactériologique du sang et des crachats trancheront la question. Les erreurs, d'ailleurs, seront rares dans les pays où le paludisme étant à l'état endémique, les médecins ne peuvent s'empêcher de penser toujours à ce redoutable fléau. Mais, elles peuvent plus facilement se produire dans nos pays indemnes de paludisme, chez d'anciens coloniaux ; et le médecin ne devra jamais perdre de vue qu'en présence d'une pneumonie à caractère intermittent, il devra toujours songer au paludisme, percuter soigneusement le foie et la rate, faire si possible un examen microscopique du sang et des crachats, et dans les cas incertains recourir à la quinine, la véritable pierre de touche de cette affection.

CHAPITRE IV

Pneumonie et Tuberculose

La question de la pneumonie et de la tuberculose a, depuis longtemps, préoccupé les auteurs, et nombreuses sont les opinions émises à ce sujet.

La pneumonie tout d'abord prédispose-t-elle à la tuberculose ; en d'autres termes, retrouve-t-on souvent une pneumonie dans les antécédents de malades tuberculeux ? Morton le disait, et après lui Avenbrugger, Corvisart, Stoll ont partagé son opinion. Laënnec, au contraire, prouva que la pneumonie existe rarement dans les antécédents des phtisiques. Cependant, il lui reconnaît une certaine influence chez les sujets prédisposés, et ce fait lui suggère la belle comparaison suivante : « Ainsi la terre fortement labourée après un long repos fait germer une multitude de graines qu'elle renfermait depuis longtemps dans son sein. » Sur quatre-vingts tuberculeux, Louis n'en a trouvé que sept ayant eu une pneumonie antérieure. Grisolle, lui aussi, considère

comme très rare que la pneumonie provoque une éruption de tubercules. Nous-même enfin, sur quarante phthisiques soignés dans le service de M. le Dr Caussade, n'avons pu relever que sept malades ayant eu antérieurement une pneumonie. Encore, devons-nous dire que deux d'entre eux avaient eu leur pneumonie dans l'enfance, un autre vingt ans auparavant. Sur les quatre derniers, deux seulement l'avaient eu quelques années avant le début de leur bacillose.

Autrement discutée a été la question de l'influence que pouvait avoir une pneumonie survenant chez un tuberculeux avéré. L'opinion généralement admise était, que, dans ce cas, la pneumonie évolue normalement. Duhamel dans sa thèse, conclut franchement à la non influence de la pneumonie sur la tuberculose, hormis le cas où les lésions sont à une ultime période; et il corrobore son opinion par plusieurs observations parmi lesquelles nous extrayons la suivante.

OBSERVATION XI

(In thèse Duhamel. — Paris, 1886.)

Pneumonie chez un tuberculeux

D..., François, vingt-sept ans, entre à l'hôpital le 25 mars 1886. Bacillaire depuis six ans, il a eu une première hémop-

tysie en 1882, puis deux autres l'une en 1883, l'autre en 1886.

Depuis quelque temps, le malade se trouve plus fatigué ; l'amaigrissement a augmenté.

20 mars. — Il a été pris d'un malaise général. Il eut un grand frisson le soir. Le lendemain et les jours suivants ; il reste couché avec une céphalalgie intense et de la fièvre, il commençait déjà à tousser un peu, mais il n'y avait pas d'expectoration.

24 mars. — L'état des jours précédents s'est aggravé. Le malade ressent du côté droit un violent point de côté, exagéré par la toux et les mouvements respiratoires.

25 mars. — Il entre à l'hôpital.

On constate à ce moment une expectoration assez abondante : crachats visqueux, adhérents, couleur jus de pruneau. Le point de côté persiste. La température est à 39 degrés.

A l'auscultation on constate la présence d'un souffle tubaire à la partie moyenne du poumon droit. On trouve en outre des bouffées de râles crépitants et de la bronchophonie.

L'évolution se fait normalement et le 5 avril la pneumonie est complètement guérie.

Mais en auscultant soigneusement le malade, on trouve au sommet gauche de nombreux craquements. Le sommet droit, lui-même, est douteux.

Le malade peut sortir cependant le 10 avril.

Duhamel, nous l'avons dit, cite plusieurs exemples semblables de pneumonie survenant chez des tuberculeux, et ne déterminant pas une aggravation de la lésion bacillaire ; aussi sa conclusion est for-

melle : pas d'aggravation de la tuberculose par la pneumonie.

Cette opinion, cependant, n'est pas celle de tous les auteurs : Clart avait écrit dans le traité de la *Consomption* : « Jamais la pneumonie ne manque d'aggraver la tuberculose. Fréquemment, elle change une phtisie latente en maladie rapidement mortelle. »

Jaccoud a cité le cas d'un garçon de vingt et un ans, porteur de lésions tuberculeuses avancées au sommet gauche et qui contracta une pneumonie droite. La défervescence se produisit au dixième jour ; mais un mois plus tard, le malade succombait et l'on trouvait à l'autopsie de nombreuses cavernes pulmonaires.

Hutinel et Grancher, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, inclinent à croire, eux aussi, que la pneumonie n'est pas toujours sans influence sur une tuberculose antérieurement existante. Pour eux, la défervescence de l'infection pneumococcique ne se fait souvent pas franchement, ni d'une façon définitive et dans nombre de cas, la pneumonie donne le coup de fouet à une lésion bacillaire jusque-là torpide.

C'est cette opinion que soutint, il y a quelques années, M. Lequyer dans sa thèse inaugurale. Après avoir constaté et cité certains faits où la pneumonie survenant chez un tuberculeux, guérissait sans augmenter l'activité de la lésion première, il cite, par contre, d'autres cas où la pneumonie semble avoir eu une fâcheuse influence sur la lésion tuberculeuse.

Mais si, dans certains cas cités par lui, la lésion tuberculeuse semble bien avoir été aggravée par l'infection pneumococcique, il en est d'autres, au contraire, sans aucune valeur au point de vue des conclusions soutenues. Il cite en particulier, le cas d'un homme de trente-sept ans, entré à l'hôpital pour une pneumonie du sommet droit, à laquelle il succomba. L'autopsie permit de constater l'hépatisation grise de tout un lobe pulmonaire. On trouva en outre au sommet du même côté, des tubercules disséminés mais non ramollis.

Nous ne croyons pas que cet exemple puisse venir à l'appui des conclusions de l'auteur, qui lui-même d'ailleurs n'a osé en tirer une conclusion ferme. Il s'agit là d'une mort par suppuration pulmonaire, pouvant aussi bien survenir chez un malade sain. Tout au plus, est-il permis de dire que ses lésions tuberculeuses enlevaient au malade une certaine résistance, surtout si l'on veut bien remarquer que la pneumonie et la lésion tuberculeuse envahissaient la même région pulmonaire.

Nous avons eu nous-même, l'occasion d'observer deux cas de pneumonie franche survenant chez des malades déjà tuberculeux. Nous ne ferons que résumer brièvement le premier dont nous ne possédons pas l'observation détaillée.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Pneumonie chez une tuberculeuse
Non aggravation des lésions bacillaires

Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans qui entre à l'hôpital en août 1905.

Quelques jours auparavant, cette femme avait été prise subitement d'une céphalalgie intense, accompagnée de courbature générale. La nuit suivante, l'insomnie fut complète et la malade eut le grand frisson habituel.

Elle entre à l'hôpital deux ou trois jours après présentant alors tous les signes d'une pneumonie de la partie moyenne du poumon gauche. La température est de 39°2. Il y a de la matité, et l'auscultation fait entendre un souffle tubaire et des bouffées de râles crépitants. L'expectoration est caractéristique, couleur jus de pruneau. La langue est sèche et il existe de l'herpès labial.

Cette pneumonie évolue classiquement et la défervescence se fit, rapide, vers le neuvième jour.

On découvrit alors que la malade présentait au sommet droit, des lésions bacillaires assez prononcées; submatité, exagération des vibrations, gros craquements humides.

Le sommet gauche lui-même est suspect.

Malgré ces lésions, la malade peut sortir de l'hôpital et sur nos conseils, partir à la campagne soigner ses lésions bacillaires.

Voici maintenant détaillée la seconde observation :

OBSERVATION XIII (Personnelle)

*Pneumonie à forme bronchitique chez un bacillaire
non aggravation de ces lésions*

O.... Léon, trente et un ans, journalier, entre à l'hôpital Tenon, salle Trousseau, le 20 juillet 1905.

Ce malade entre pour un point de côté dont il souffre depuis deux jours. Ce point de côté est survenu brusquement à la suite d'un violent frisson ; la douleur siège à gauche au niveau du mamelon. Elle est exagérée par la toux et les mouvements respiratoires.

La température est à 39 degrés.

L'auscultation permet de constater un foyer de pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, qui se traduit par un souffle tubaire très intense et des râles crépitants. Il existe en outre, à ce niveau, de la matité et une exagération notable des vibrations.

Le malade remplit un crachoir entier d'une expectoration spumeuse, au milieu de laquelle nagent des stries de crachats sucre d'orge caractéristiques.

On trouve dans ces crachats le pneumocoque de Talamon Frænkel en grande abondance.

Au bout de quelques jours la pneumonie s'accompagne d'une bronchite généralisée. L'évolution, cependant, se continue classiquement avec un peu moins de régularité de la courbe thermique. L'expectoration persiste pendant toute la

maladie avec les mêmes caractères que nous lui avons décrits.

La défervescence se produit vers le douzième jour de la maladie et au quatorzième jour la température est revenue à la normale. Les signes physiques de la pneumonie ont également disparu ; mais la bronchite persiste encore ainsi qu'une expectoration spumeuse assez abondante. On trouve en outre à la base droite des signes de congestion pulmonaire.

Le quinzième jour, il y a le soir une légère élévation de la température, 38° 3.

L'auscultation permet alors de constater des signes non douteux de tuberculose aux deux sommets : obscurité, respiratoire surtout prononcée à gauche ; inégalité respiratoire ; quelques craquements secs des deux côtés.

7 août. — Au vingtième jour de la maladie, guérison complète de la pneumonie, de la bronchite et de la congestion. Seuls, les signes de tuberculose des deux sommets persistent.

Le malade peut sortir de l'hôpital quelques jours après, sans que ses lésions qui étaient légères, aient été aggravées par la pneumonie.

Ainsi, dans ces deux cas, la pneumonie n'a nullement aggravé les lésions tuberculeuses antérieures, et cependant dans la seconde observation, l'infection pneumococcique avait revêtu une forme quelque peu atypique, qui pouvait faire craindre au début, une défervescence plus lente et moins durable. Malgré cela, la guérison bien qu'un peu moins rapide que dans le premier cas, n'en a pas été moins complète.

Nous basant sur ces deux observations personnelles, nous avons parcouru attentivement les faits analogues publiés précédemment. Nous sommes tout à fait persuadé que dans certains cas, la pneumonie venant compliquer la tuberculose, a pu précipiter la marche de cette affection et enlever rapidement le malade. Mais, il est remarquable que, presque toujours alors, les lésions tuberculeuses étaient déjà fort avancées. C'est le cas du malade de Jaccoud ; c'est aussi celui de plusieurs malades dont Lequyer a publié les observations. Si, au contraire, on examine la pneumonie survenant chez des tuberculeux à une période peu avancée de leur maladie, chez des tuberculeux présentant même déjà, des signes de lésions en voie de ramollissement, mais n'étant pas encore à la période des cavités, nous voyons que, dans la plupart de ces cas, la pneumonie reste sans influence fâcheuse sur la marche future de l'affection tuberculeuse.

Nous avons vu, en tous cas, que la pneumonie dans la tuberculose évoluait généralement comme elle le fait chez un sujet absolument sain. C'est dire que nous lui trouverons ses signes habituels et que, presque toujours, le diagnostic en sera facile.

Il est des cas pourtant, où la tuberculose évolue de telle façon qu'elle revêt absolument tous les caractères d'une pneumonie lobaire. Parfois alors, ce dernier diagnostic sera porté et la bacillose passera inaperçue ; d'autres fois, au contraire, on pensera à une caséification tuberculeuse alors qu'il

s'agira d'une pneumonie franche. Les signes sont en effet, les mêmes, et nombreux sont les signes physiques qui peuvent prêter à confusion. Il ne faudra cependant pas oublier que l'expectoration est en général différente ; les râles crépitants qui pourraient être confondus avec des craquements éclatent par bouffées et sont seulement inspiratoires. Ils ne sont pas comme les craquements, surtout localisés au sommet. La douleur de la pneumonie caséuse n'est généralement pas exagérée par la toux, et les mouvements comme celle de la pneumonie franche. Il est cependant des douleurs de pleurite siégeant dans les cinquième ou sixième espaces intercostaux qui rendront le diagnostic des plus difficiles. Le souffle enfin, n'est pas dominant dans la tuberculose ; celui de la pneumonie lobaire, au contraire, couvre tous les autres signes.

En tenant compte de ces différents caractères, la différenciation sera le plus souvent facile. Mais il faut bien savoir que dans d'autres cas, la distinction sera cliniquement à peu près impossible. C'est alors que l'examen bactériologique des crachats donnera au clinicien un argument irréfutable et lui permettra de fixer son diagnostic hésitant.

CHAPITRE V

Pneumonie et fièvre typhoïde

La pneumonie peut venir compliquer une fièvre typhoïde à toutes les périodes de cette affection.

Dietl a décrit ces cas où les symptômes pneumoniques apparaissent au début de la fièvre typhoïde. Ce sont eux qui dominent alors la scène, les phénomènes intestinaux étant à peu près nuls ; seuls, le volume de la rate et un certain état de tufphos pourront parfois éveiller l'attention. D'ailleurs, après quelques jours de cet état, où le diagnostic est souvent impossible, tous les symptômes de la dothiéntérie surviennent, et bientôt, l'apparition des taches rosées permettra d'affirmer la nature éberthienne de l'affection. Ce sont ces cas, qui méritent vraiment le nom de pneumo-typhus. Il sont maintenant connus ; ces années dernières encore, M. Beussis d'Athènes en signalait un remarquable cas à la Société médicale des hôpitaux ; aussi nous contentons-nous de les signaler, nous réservant de parler

un peu plus longuement des pneumonies survenant dans le cours et le décours de la fièvre typhoïde.

Bien que peu fréquente, les pneumonies survenant au cours d'une fièvre typhoïde ont été maintes fois signalées : et, bien que Marfan déclare n'en avoir jamais observé chez l'enfant, nous devons pourtant admettre leur existence, Tollemer en ayant publié plusieurs cas.

Stokes avait étudié ces formes survenant à la fin du premier septénaire ou au commencement du second. Nous ne pouvons dire ici, que cette époque de l'apparition de la pneumonie dans le cours de la fièvre typhoïde, ne soit pas la plus fréquente : nous croyons cependant que c'est là une question bien secondaire, car nous sommes persuadé que la pneumonie peut survenir à une période quelconque de l'affection première. Nous avons pu observer deux cas de pneumonie survenant au cours d'une dothiéntérie. Dans le premier, la pneumonie est survenue entre le treizième et le dix-septième jour ; dans le second son apparition se fit aux environs du quatorzième jour. Voici, d'ailleurs, fidèlement résumées, les observations de nos deux malades.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Pneumonie au cours d'une fièvre typhoïde

B..., Louise, trente-deux ans, est entrée à l'hôpital Tenon salle Duflocq, le 11 mars 1906. Elle venait d'un service de chirurgie où on l'avait transportée tout d'abord par erreur,

les douleurs abdominales ayant fait croire à une péritonite.

Au moment de son entrée, le diagnostic de fièvre typhoïde s'impose. La malade qui délire (délire doux et tranquille) a été prise il y a trois jours de douleurs de tête violentes qui furent suivies d'épistaxis.

Actuellement la température est à 39° 6.

Il existe une diarrhée abondante avec météorisme abdominal et douleurs diffuses violentes dans l'abdomen.

Il y a quelques taches rosées lenticulaires.

Le lendemain 12 mars, au cinquième jour environ de la maladie, la température est à 38° 8 le matin, à 39° 2 le soir.

Le séro-diagnostic est légèrement positif.

Il existe une albuminurie (3 gr. par litre).

13 mars. — La température tombe entre 37° 8 et 38° 2.

14 mars. — La température remonte à 39° 8 le matin, 40 degrés le soir.

A remarquer que les températures que nous signalons sont des températures de moyenne, cette moyenne étant faite d'après les degrés de température prise toutes les trois heures.

On institue les bains froids.

Les jours suivants, la température se maintient aux environs de 38°5 et l'évolution de la maladie se fait sans incident.

19 mars. — Etat général satisfaisant.

La quantité d'albumine a diminué ; on n'en trouve plus que des traces.

Le soir à 9 heures, température 39°6.

21 mars. — Température 38°6.

La malade a eu deux bains froids dans la journée. A l'auscultation on constate de l'obscurité de la base droite.

22 mars. — Il semble que la poussée thermique signalée le 20 et le 21 ne sera que passagère, et qu'il ne s'agira que d'une congestion pulmonaire transitoire, quand le lendemain 23 au quinzième jour de la maladie, apparaît un point de côté à la base droite accompagné de toux légère.

L'expectoration est peu abondante et non caractéristique. On fait donner trois bains par jour.

24 mars. — Malade légèrement prostré.

Traces d'albumine.

25 mars. — Au dix-septième jour de la maladie, apparition de crachats sanglants, rouge foncé mais peu abondants. Les deux sommets sont un peu soufflants.

Cependant la température descend; elle est à 38°2. Elle reste à ce taux jusqu'au vingtième jour de la maladie qui est le 28 mars.

28 mars. — Dans la nuit, la malade a eu un grand frisson.

29 mars. — Dans la nuit, la malade a eu deux nouveaux grands frissons. La température est à 40°2. On trouve à ce moment tous les signes d'une pneumonie à la base droite.

30 mars. — A 2 heures du matin, température 41 degrés.

Arythmie; pouls à 136, petit, filant.

A l'auscultation, râles crépitants et souffle tubaire.

On donne des bains froids et la température tombe dans la journée à une moyenne de 37°8.

31 mars. — Râles crépitants à la base droite. Le souffle est moins intense. La température est remontée le soir à 40 degrés.

Du 31 mars au 3 avril la fièvre se rallume, et atteint 39 degrés de moyenne le 3 avril.

Du 3 au 7 avril la température baisse régulièrement jusqu'à 37 degrés.

4 avril. — Arythmie, base mate.

Ponction exploratrice négative. Ensemencement fait avec le sang du poumon, donne des bacilles d'Eberth presque purs. Le séro-diagnostic fait avec ce sang est des plus positifs.

1^{er} avril. — Quelques râles fins à la base.

La fièvre reprend pendant quelques jours, se maintient à 38° 5 de moyenne.

10 avril. — Apparition de râles crépitants de retour dans l'aisselle. La base respire presque normalement.

La maladie va en s'améliorant par la suite, et le 25 avril on commence l'alimentation.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Pneumonie au cours d'une fièvre typhoïde

S... Alexandre, vingt-quatre ans, entre salle Pidoux, n° 26, le 27 août 1905.

Ce malade entre pour une affection ayant débuté dix jours auparavant par un violent mal de tête, toux pénible et fièvre.

Au moment de l'entrée, malade abattu, état typhoïde, température 39° 5. Langue sèche, le pouls bat à 110, pas de taches rosées, mais un peu de diarrhée.

La céphalalgie persiste, ainsi que la toux qui est assez pénible.

L'examen des poumons montre l'existence de congestion à la partie moyenne du poumon gauche et la base droite.

Le séro-diagnostic est négatif, mais on ne peut lui attribuer une grande valeur, car les cultures sont déjà vieilles.

30 août. — La température est à 40° 4. Le séro-diagnostic est cette fois positif.

31 août. — La température qui était descendue le matin à 39° 6, remonte le soir à 40° 1.

Il existe toujours une congestion intense des deux bases, mais plus prononcée à gauche.

Un purgatif amène une débâcle intestinale.

1^{er} septembre. — Au quatorzième jour de sa maladie, S... est dans le même état de typhos. Il y a du délire avec un peu d'agitation. La rate est peu augmentée de volume.

On trouve dans les urines, un cercle d'albumine et d'indican.

Les jours suivants, l'état reste le même ; la température oscille entre 39 et 39° 5.

3 septembre. — La température tombe le soir à 38° 1, mais dans la nuit, le malade a plusieurs frissons.

4 septembre. — La température est montée à 40° 2 ; le pouls bat, irrégulier, à 120.

Le malade qui accusait depuis quelques jours un point de côté à gauche expectore des crachats muqueux, adhérents, sanglants, couleur jus de pruneau.

On trouve des signes manifestes de pneumonie à la base gauche : souffle tubaire, râles crépitants fins, inspiratoires.

Il existe à droite une congestion pulmonaire généralisée.

Le malade est dans un état comateux.

Ces différents signes se maintiennent jusqu'au 11 septem-

bre sans s'amender. Le malade meurt le 11. La veille encore, on avait retrouvé tous les signes de la pneumonie.

A noter cependant que le 9, le malade avait eu une expectoration purulente. Le lendemain on avait constaté du gargouillement au niveau de sa base gauche, ce qui fit se demander si la pneumonie ne se serait pas compliquée d'un abcès du poumon.

L'autopsie malheureusement ne put être faite.

L'apparition de la pneumonie dans ces deux observations, s'est sensiblement faite de la même façon. Généralement considérée comme insidieuse, bâtarde en ses allures et ses symptômes, l'affection chez nos deux malades a débuté presque solennellement. Il y eut le grand frisson ; une notable élévation de la température, le point de côté.

Dans les deux cas également, les signes physiques se retrouvent au grand complet : matité, souffle tubaire, râles crépitants. L'expectoration, enfin, est caractéristique.

Cependant, l'évolution a été tout à fait différente. Chez notre femme, après plusieurs jours d'un état fort inquiétant, la défervescence se produisait vers le neuvième jour de la complication pulmonaire et la guérison survenait complète. Dans le second cas, au contraire, la défervescence ne se produisit pas ; une suppuration totale ou partielle du poumon dut se produire, et notre malade succomba au septième jour de son affection pulmonaire.

Quelle conclusion tirer de ces deux terminaisons

si différentes. Grisolle a dit, que la pneumonie survenant au cours d'une fièvre typhoïde entraînait la mort sept fois sur huit. Betke, bien que moins sévère, la trouve encore dans la proportion de 56 o/o. D'autres, au contraire, ne voient pas là un élément d'aggravation du pronostic. Sans être aussi pessimiste que l'était Grisolle, nous ne pouvons partager l'optimisme de ces derniers. Pour nous, la pneumonie survenant au cours d'une fièvre typhoïde, reste une complication redoutable, et nous croyons volontiers à la statistique de Betke. Dans les cas favorables, la défervescence se produit généralement du huitième au douzième jour. C'est ce que nous avons remarqué dans notre première observation ainsi que dans tous les cas analogues qui se sont terminés par la guérison.

Si la pneumonie survenant au cours d'une fièvre typhoïde est assez rare, nous ne la croyons pas beaucoup plus fréquente lorsqu'elle survient au début de la convalescence. Elle revêt, d'ailleurs, à cette époque, les mêmes caractères que nous lui avons remarqué en plein cours de la dothiéntérie. Il nous semble, cependant, que le début en est plus facile à saisir. Les signes, au reste, en sont les mêmes ; l'évolution et la défervescence en sont également régulières. Quant au pronostic, nous le croyons moins grave que dans la pneumonie survenant en plein cours de fièvre typhoïde ; mais nous ne voulons pas dire qu'il faille toujours, dans ces cas, le considérer comme bénin. Voici le résumé

d'une observation personnelle de pneumonie survenue au moment de la défervescence d'une fièvre typhoïde.

OBSERVATION XVI (Personnelle. Résumée)

Pneumonie au décours d'une fièvre typhoïde

Il s'agit d'une femme couchée au numéro 13 de la salle Duflocq, où elle était soignée pour fièvre typhoïde. Cette affection avait évolué normalement et la défervescence était à peu près complète depuis plusieurs jours, quand le 3 avril 1906 apparurent les premiers signes d'une pneumonie à la partie moyenne du poumon droit. On fit une ponction pulmonaire et l'on recherche le pneumocoque et le bacille d'Eberth. On obtint au point de vue de ce dernier micro-organisme des cultures absolument pures. Le pneumocoque ne fut pas trouvé, et une souris inoculée vivait encore dix jours après l'inoculation.

La défervescence survint au dixième jour.

Rien de particulier au point de vue clinique dans cette observation. Nous en citerons une autre publiée en 1901 par M. Tollemer. Cette observation concerne un enfant de treize ans, et c'est là un fait intéressant, car nous croyons que la pneumonie typhique est fort rare chez l'enfant. C'est aussi, d'ailleurs, l'opinion de M. Marfan qui dit n'en avoir jamais observé aucune chez des enfants de plus de cinq ans.

OBSERVATION XVIII

(Tollemmer. — *In Bull. Soc. Pédiatrie*, Paris 1901.)

*Pneumonie typhique au début de la convalescence de la
fièvre typhoïde*

W..., treize ans, enfant bien portant, fatigué depuis une huitaine de jours, est pris de céphalalgie modérée le 7 novembre 1900.

9 novembre. — La céphalalgie augmente et l'enfant doit s'aliter.

10 novembre. — Un peu d'abattement : céphalalgie modérée ; absence des signes cliniques. Pas de diarrhée.

Température, 39° 2 le matin, 39° 8 le soir.

Le pouls bat à 110.

11 novembre. — Même état. Légère augmentation du volume de la rate.

12 novembre. — Plusieurs selles. Légère épistaxis. Un peu de gargouillement dans les fosses iliaques.

Température, matin, 39 degrés. Soir, 40° 2. Pouls, 120.

13 novembre. — Séro-diagnostic positif. Les bains sont commencés.

Le lendemain apparition de taches rosées lenticulaires.

L'évolution de la maladie se continue normalement, et le 22 la fièvre commence à diminuer. Elle a complètement disparu le 26.

Mais, dans la nuit du 29 au 30, l'enfant a toussé d'une toux sèche, quinteuse ; en même temps point de côté violent à droite, exaspéré au moindre mouvement. Dyspnée assez marquée. Rien à la percussion ni à l'auscultation.

1^{er} décembre. — On perçoit à la base droite une légère submatité avec quelques râles fins, à la fin de l'inspiration.

2 décembre. — Râles fins, crépitants à la base droite.

3 décembre. — Souffle tubaire.

La pneumonie évolue normalement et la défervescence se fait en lysis à partir du 6.

A noter l'absence de toute expectoration. Cependant, deux crachats furent rejetés par le malade. Ils furent examinés par frottis. On fit des cultures, et plusieurs souris furent inoculées. Toutes sont restées vivantes. Les cultures par contre ont démontré la présence de bacille d'Eberth presque pur.

Plusieurs faits intéressants sont à relever dans cette observation, et M. Tollemer n'a pas manqué de les relever ; c'est d'abord l'absence d'expectoration, fait que nous avons plusieurs fois observé nous-même dans divers cas de pneumonie ; c'est ensuite la défervescence en lysis très lente ; enfin, le dernier point sur lequel nous voulons insister, malgré que nous fassions ici, une étude presque exclusivement clinique, c'est que, dans le cas de M. Tollemer, des recherches bactériologiques très minutieuses, ont permis de constater que le bacille typhique était à peu près le seul agent de la pneumonie. On a bien trouvé quelques streptocoques. Mais, en tous cas, le pneumocoque était complètement absent. Il en était

de même, dans notre première observation de pneumonie typhique et aussi dans notre cas de pneumonie survenue au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde. En 1904, Guelpa avait signalé aussi un cas de pneumonie typhique. On fit l'examen des crachats, et l'on ne trouva que des bacilles d'Eberth à l'exclusion du pneumocoque. Ce sont là, pour nous, de simples constatations. Elles nous permettront pourtant de dire que la pneumonie à bacilles d'Eberth sans association du pneumocoque de Talamon Fraenkel existe ; et que, si elle n'est pas la plus fréquente, il ne faut cependant pas la considérer comme une rare exception.

CHAPITRE VI

Pneumonie et abcès du poumon

Nous connaissons, depuis Laënnec, les différents stades d'évolution de la pneumonie franche au point de vue anatomo-pathologique. Nous savons, qu'à une première phase de congestion, phase d'engouement, succède une seconde période, qu'Andral avait nommée période de ramollissement rouge ; que nous appelons aujourd'hui période d'hépatisation rouge pour rappeler la ressemblance qui existe entre le foie et le bloc hépatisé. C'est le plus souvent, après trois à cinq jours de cette seconde période que la résolution commence, aboutissant rapidement à la guérison.

Cependant, cette résolution peut, dans certains cas, ne pas se faire. Les leucocytes tués sur place se transforment en globules du pus ; c'est la suppuration de la masse pulmonaire, c'est le stade d'hépatisation grise. Parfois aussi, et c'est là le cas qui nous intéresse, la suppuration peut se localiser en

un ou plusieurs points du poumon ; le pus se collecte ; l'abcès du poumon est constitué.

On a longtemps regardé l'abcès du poumon comme une complication fréquente de la pneumonie, et c'était là l'opinion généralement admise jusqu'à la fin du siècle dernier.

Frank, le premier, réagit contre cette idée des anciens auteurs, et après lui, différentes statistiques ont prouvé que l'abcès du poumon était une des plus rares complications de la pneumonie. L'erreur des anciens se comprend d'ailleurs, si l'on songe que ces premiers observateurs comptaient comme abcès pulmonaires certains cas de bronchite fétide, de dilatation des bronches et surtout tous les cas de pleurésie interlobaire ou enkystée.

Laënnec dit n'avoir observé que quatre ou cinq cas d'abcès du poumon. Andral et Grisolle n'en ont vu eux aussi que quelques-uns. Plus récemment, Selto a fait le relevé de 750 pneumonies traitées dans l'espace des dix-sept dernières années, dans le service d'Albert Fraenkel, et il n'a constaté que 11 cas d'abcès du poumon. C'est même là, il nous semble, une statistique bien chargée. Aussi est-on unanime maintenant, pour considérer l'abcès du poumon comme une rareté, et Grisolle a d'ailleurs fait justement remarquer que cette rareté correspondait bien à la rapidité d'évolution de la maladie « qui guérit et tue rapidement ». Quant à nous, il ne nous a pas été possible d'avoir une observation personnelle de cette complication. Pourtant, dans un cas de pneu-

monie compliquant une fièvre typhoïde et que nous reproduisons plus loin (obs. XX) nous avons pu penser à l'existence d'un abcès pulmonaire, malheureusement, l'autopsie n'ayant pu être faite, il nous a été impossible de vérifier l'exactitude de notre hypothèse.

Nous citerons seulement deux cas d'abcès pulmonaire.

Le premier fut observé en 1904, par M. Vallette de Marseille dont nous résumons la communication : Le malade décédé après huit jours de maladie, paraissait être arrivé au stade d'hépatisation grise. On notait pourtant de la fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

L'autopsie fit constater un abcès du lobe inférieur du poumon gauche, abcès qui contenait environ 400 grammes de pus noirâtre épais et nauséux :

Le second cas plus récent a été rapporté en janvier 1907 par M. Hawkins de Londres. Il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans qui fit une pneumonie aiguë, localisée au lobe supérieur du poumon droit. La température était redevenue normale depuis quelques jours, quand la fièvre reprit avec grandes oscillations, 35°. 5 à 40 degrés. La mort survint deux jours plus tard, et à l'autopsie on trouva une hépatisation grise du lobe supérieur droit. En outre, à ce niveau, on trouva trois abcès dont le plus petit avait le volume d'une noix, le plus gros d'un œuf de poule.

Ces deux observations sont typiques et pourraient

résumer à elles deux ce qui a été dit des abcès pulmonaires d'origine pneumonique.

Nous avons vu dans la seconde, l'abcès pulmonaire au lobe supérieur du poumon droit, et c'est, en effet, à des pneumonies du sommet que ces abcès succèdent le plus souvent. Sur vingt et un cas relevés par Grisolle, douze fois l'abcès siégeait au lobe supérieur. La différence paraît d'abord minime. Elle est pourtant remarquable si l'on veut bien tenir compte avec Grisolle que la pneumonie du sommet est l'exception.

On a dit aussi que l'abcès du poumon était plus fréquent à gauche ; mais ce fait paraît moins bien établi.

Ce qui est certain, c'est qu'il vient compliquer dans une proportion infiniment plus grande, la pneumonie des vieillards et de tous les malades débilités, incapables de résister au coccus pneumonique.

C'est en effet, cet agent pathogène que l'on retrouve toujours dans les abcès pulmonaires pneumoniques. Parfois, il s'y trouve isolé ; le plus souvent il s'y trouve associé à d'autres micro-organismes, le staphylocoque doré et le streptocoque surtout.

L'abcès est d'abord petit ; son volume allant de la grosseur d'un pois à celle d'une grosse noix. Il peut même atteindre de plus grandes dimensions, formant une cavité anfractueuse, inégale, dont la surface se recouvre parfois d'une fausse membrane s'organisant avec une très grande rapidité. Le plus souvent, le foyer est superficiel, atteignant, soulevant même le

tissu cellulaire sous-pleural. Dans certains cas pourtant, il occupe la partie centrale d'un lobe. Mais presque toujours il est entouré d'une zone d'infiltration rouge ou grise très étendue.

Voyons donc maintenant les signes qui nous permettront de reconnaître, au cours d'une pneumonie, la formation d'un abcès du poumon.

Cette complication se déclare habituellement du cinquième au treizième jour. Tandis que, dans certains cas, elle survient en pleine évolution de la pneumonie, dans d'autres, au contraire, et c'est le cas de l'observation de Hawkins, elle survient brusquement après la chute de la température, au moment où la défervescence paraissait complète et la guérison assurée. Souvent, dans ce dernier cas, les signes au début font totalement défaut ; puis au bout de quelques jours, le malade est repris de frissons. Sa température remonte et prend un caractère hectique. La toux et la dyspnée sont également pénibles, jusqu'au moment où survient une abondante vomique, laquelle est suivie d'un soulagement immédiat, mais bien rarement définitif ; de nouveaux accidents analogues éclatant le plus souvent et emportant le malade plus ou moins rapidement. D'autres fois, la vomique est suivie d'une expectoration purulente continue ; le malade s'affaiblit et succombe bientôt à la cachexie.

Nous n'avons pas encore parlé des signes stéthoscopiques et, en effet, ils manquent souvent complètement. Tel n'était pourtant pas l'avis de ce grand clinicien qu'était Laënnec. Pour lui, l'abcès du poumon

se manifeste à l'auscultation par « des râles muqueux, très bruyants, à grosses bulles, donnant la sensation de gargouillement ; de la bronchophonie ; enfin, la respiration et la toux, de bronchiques, deviennent caverneuses ». Nous lisons même, dans le *Traité de la pneumonie* de Grisolle, que Laënnec avait indiqué les signes stéthoscopiques « à l'aide desquels il serait possible de préciser, jusqu'à un certain point, le degré de profondeur auquel les abcès sont situés, et le plus ou moins de consistance et d'épaisseur de leur paroi ». Il prétendait en particulier que dans le cas d'un abcès voisin de la surface, la respiration et la toux donnaient au point correspondant ce qu'il appelait le « souffle de l'oreille ». Lorsque le malade respirait bruyamment, l'air semblait à l'inspiration être attiré de l'oreille elle-même ; il semblait au contraire y être refoulé par les mouvements expiratoires. Grisolle, et après lui tous les auteurs qui se sont occupés de la question, n'ont pas attaché une grande valeur à ces constatations de Laënnec. Grisolle d'ailleurs, a singulièrement précisé la question en disant : « Les signes pouvant indiquer la présence de l'abcès doivent manquer souvent d'après les constatations anatomo-pathologiques. Pour la production d'un souffle caverneux, de gargouillement, de pectoriloquie, il faut comme condition essentielle que la cavité creusée dans les poumons ne soit pas entièrement remplie de pus et qu'elle communique avec les bronches par une cavité suffisante », conditions qui manquent souvent, soit que le pus remplisse entièrement la

cavité, soit que la communication bronchique soit insuffisante.

Ainsi donc, les signes d'auscultation, si nous en exceptons la diminution du murmure vésiculaire manquent souvent. Pourtant, on les trouve dans quelques cas, et il est évident d'après ce que nous venons de dire plus haut, qu'ils apparaîtront lorsqu'une vomique aura établi la communication bronchique indispensable. Mais il faut bien savoir que souvent, le diagnostic ne sera pas fait, et nombreux sont les cas où l'abcès du poumon est une découverte d'autopsie.

La mort, en effet, est la règle dans cette affection. Plus souvent précoce, survenant dans le courant du second septénaire, elle peut tarder cependant : et l'on a cité le cas d'un malade atteint d'un abcès du poumon et qui ne décéda que le cinquantième jour de la maladie.

Laënnec, lui-même, affirme avoir observé plusieurs cas de guérison. Certes, il a pu y avoir de sa part erreur de diagnostic ; nous ne pouvons pourtant croire qu'il ait pu se tromper ainsi plusieurs fois. Nous admettrons donc la possibilité du fait, tout en le considérant comme une bien rare exception.

CHAPITRE VII

Pneumonie et œdème pulmonaire

Au mois de février 1906, MM. Caussade, Milhit et I. de Jong, avaient signalé à la Société médicale des hôpitaux, des cas d'œdèmes pulmonaires subaigus observés par eux, au cours d'affections pulmonaires aiguës, de pneumonies particulièrement, et dans lesquels l'influence du pneumocoque était bien démontrée. Avant eux, Ménétrier dans sa thèse intitulée *Grippe et pneumonie* ; Carrière de Lille dans la *Revue de médecine*, avaient montré la fréquence de l'infection pneumococcique dans la production des œdèmes pulmonaires. En 1907, Lasczas de Saint-Martin, un élève de M. Caussade, a étudié dans sa thèse « la nature pneumococcique de certains œdèmes du poumon » ; et il arrive à cette conclusion qu'il existe véritablement un œdème pulmonaire qui reconnaît comme origine, l'infection pneumococcique. Cet œdème « évolue pour son compte, ou accompagne d'autres manifestations pulmonaires en particulier la

pneumonie ». M. de Saint-Martin apporte à l'appui de sa thèse, un certain nombre d'observations ; nous résumons ci-dessous l'une d'entre elles :

OBSERVATION XVIII

(In th. Saint-Martin. Paris, 1907.)

Œdème pneumococcique subaigu au cours d'une pneumonie aiguë

Martin C..., trente-sept ans, entre le 31 décembre 1906, salle Trousseau pour un point de côté dont il souffre depuis quelques jours. Au début il dit avoir eu un grand frisson avec dyspnée intense.

Le malade a l'aspect pneumonique : facies vultueux, herpès labial, léger subictère des conjonctives. La température est à 40 degrés, le pouls à 100 bien frappé et régulier. La dyspnée est peu intense. Les crachats ont déjà un aspect un peu particulier, non rouillés ; moins adhérents que dans la pneumonie, ils ont une consistance albumineuse.

L'examen des poumons permet de constater l'existence d'une pneumonie dans la partie moyenne du poumon droit. Cette pneumonie évolue classiquement. La température tombe le 3 janvier, mais on constate à ce moment la présence de râles sous-crépitaux et humides. En outre, l'expectoration est devenue beaucoup plus abondante et garde un caractère albumineux. On pense alors à un œdème pulmonaire de nature pneumococcique. L'examen bactériologique montra la présence dans ces crachats, de nombreux pneumocoques

de Talamon-Fraenkel. Notons que le malade ne présente aucun signe de lésion cardiaque ou rénale.

La guérison survint vers le vingt-cinquième jour de la maladie.

Nous avons dans ce cas, un tableau typique des exemples cités par MM. Caussade et de Saint-Martin. Au cours ou à la fin d'une pneumonie, on voit l'expectoration devenir plus abondante. Elle est alors, dit de Saint-Martin, constituée de plusieurs éléments : une première couche spumeuse, très épaisse, très abondante, ayant l'aspect du blanc d'œuf battu. Au-dessous, un liquide transparent, albumineux ; — enfin, au fond quelques crachats gommés et ambrés. Au reste, l'apparition de cet œdème se fait tout à fait insidieusement. Il n'y a pas de recrudescence des phénomènes généraux, et les seuls signes sont parfois, indépendamment d'une légère diminution du murmure vésiculaire, quelques râles bulleux, humides, vésiculaires et inspiratoires qui, suivant Barié, tiendraient le milieu entre le crépitant et le sous-crépitant. Bien souvent, d'ailleurs, ces œdèmes passeront inaperçus et constitueront une découverte d'autopsie dans les cas malheureux ; ce sont en effet, des œdèmes subaigus qui, le plus souvent, ne viennent nullement assombrir le pronostic de la pneumonie.

Si ces formes d'œdème pulmonaire subaigu sont de beaucoup les plus fréquentes au cours de la pneumonie, il ne faut pas oublier qu'il existe aussi,

dans cette dernière affection, des œdèmes pulmonaires aigus et suraigus, cas bien rares, certes, mais qui constituent une complication à peu près constamment mortelle. Lors de la communication de MM. Caussade, Milhit et I. de Jong, M. Carnot avait cité un des cas d'œdème aigu survenu à la fin d'une pneumonie et ayant entraîné la mort en quelques heures. Voici résumée cette observation :

OBSERVATION XIX

(Carnot. — *Bull. Soc. méd. hôp.*, février 1906.)

Pneumonie compliquée d'œdème aigu du poumon.

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, obèse, emphysemateux, bronchitique et présentant un léger œdème des membres inférieurs qui est entré à l'hôpital Broussais en septembre 1905, pour une pneumonie gauche. Cette pneumonie s'était déroulée normalement (sauf, peut-être, une abondance insolite de râles sibilants, jusqu'au septième jour) ; une amélioration s'était même produite, et les crachats avaient perdu leur aspect rouillé et étaient devenus plus clairs et plus abondants, lorsque, brusquement, le 13 septembre, le malade fut pris d'une dyspnée extrême avec respiration bruyante, mousse, sanguinolente et râles fins dans les deux poumons ; il mourut en moins de deux heures, malgré la saignée d'urgence.

A l'autopsie, on constata une hépatisation typique du lobe inférieur gauche, et un œdème aigu des deux poumons ; le

liquide ruisselait à la coupe partout ailleurs qu'au niveau du bloc.

Il s'agissait donc bien là, conclut M. Carnot, d'une terminaison mortelle de la pneumonie par une attaque d'œdème aigu, suraigu même du poumon.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Œdème aigu du poumon au cours d'une pneumonie

Joseph B..., entre à l'hôpital, salle Pidoux, le 23 avril 1905, envoyé par son médecin qui a fait le diagnostic de pneumonie.

Il est malade depuis trois à quatre jours ; à ce moment il a été pris brusquement d'un grand frisson, unique, solennel, prolongé. Peu après survenait un point de côté violent, siégeant un peu au-dessous du mamelon gauche, point de côté exaspéré par la toux et les mouvements respiratoires. En outre, céphalalgie intense.

Le malade, homme excessivement robuste, présente absolument le facies dit apoplectique. Il est assis dans son lit, en proie à une dyspnée intense, dyspnée beaucoup plus grande qu'elle n'est habituellement chez les autres pneumoniques.

La toux est opiniâtre, quinteuse.

L'expectoration est relativement abondante. En sept à huit heures, le malade a rempli plus de la moitié d'un crachoir. Les crachats ne sont pas franchement pneumoniques ; ils ne sont pas visqueux, pas très adhérents. Ils sont plutôt

mousseux ; leur couleur non rouillée, rappelle très exactement la sauce crevette.

La température qui, la veille avait, dépassé 39 degrés, n'est plus à ce moment que de 38°.5.

La percussion ne permet pas de délimiter nettement un foyer d'hépatisation. L'auscultation permet de constater l'existence dans le tiers inférieur du poumon gauche, d'un foyer de râles sous-crépitaux et non crépitaux. Dans tout le reste de l'appareil pulmonaire, râles sibilants et muqueux peu nombreux, disséminés, fugaces.

Vu les caractères des crachats, la température peu élevée les caractères des râles, la difficulté de délimiter un foyer par la percussion, on s'est demandé à un moment donné s'il ne s'agirait pas de congestion pulmonaire et non de pneumonie ; et c'est ce premier diagnostic qui semble devoir être admis.

On pratique une saignée de 400 grammes, et l'on donne au malade une potion de todd.

Le lendemain matin, au cinquième jour environ de la maladie, nous apprenons que le malade est mort et l'infirmière nous rapporte ceci : Après la saignée, le malade parut d'abord se sentir mieux. Puis vers 3 ou 4 heures, sa dyspnée devint extrêmement violente, la toux excessivement vive et incessante ; le malade remplit plusieurs crachoirs de crachats mousseux, et mourut en très peu de temps (une demi-heure au plus), paraissant asphyxié.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une pneumonie lobaire, siégeant à la partie moyenne du poumon gauche.

Ce foyer d'hépatisation s'accompagnait d'une congestion

intense, et surtout d'un œdème des deux poumons extrêmement prononcé, le liquide ruisselant à la coupe.

Les autres organes, cœur, reins, aorte en particulier étaient absolument sains.

Ces deux observations sont identiques. Chez ces deux malades, la mort est survenue avec une effrayante rapidité, sans que les signes observés quelques heures avant, aient pu faire supposer une terminaison aussi fatale.

Dans ces deux cas, le rôle de l'infection pneumococcique est évident, et il ne semble pas qu'on puisse chercher ailleurs la cause de cette terrible complication. Et pourtant, quelle différence d'évolution entre ces derniers cas et ceux étudiés par MM. Caussade, Milhit, I. de Jong et de Saint-Martin. Tandis que, dans les observations de ces derniers, la guérison est la règle, ici, au contraire, le malade succombe à l'asphyxie en quelques heures. Cependant, l'affection est la même ; elle est due au même agent pathogène. Aussi a-t-on voulu chercher du côté du cœur ou des reins, la cause adjuvante de ces formes d'œdème pulmonaire. M. Carnot, lui-même, tout en admettant l'influence évidente du pneumocoque, reconnaît que son malade était un emphysémateux et qu'il avait un cœur gras et dilaté. Rien de semblable chez notre malade, qui était un homme des plus vigoureux et dont le cœur, les reins, le foie étaient absolument sains. Il est probable, cependant, et nous l'admettons volontiers, que ces formes surai-

guës d'œdème pulmonaire surviennent de préférence chez des sujets débilités, offrant une moins grande résistance au microbe pathogène, lequel revêt alors une virulence plus grande. Il n'en est pas moins vrai, que le pneumocoque reste le principal agent de ces formes d'œdèmes pulmonaires aiguës, dans lesquelles toute thérapeutique est impuissante.

CHAPITRE VIII

Pneumonie fœtale

L'existence des pneumonies congénitales, est admise depuis longtemps. Billard écrivait déjà dans le *Traité des enfants nouveau-nés* : « Chez trois enfants morts le premier jour de leur naissance, j'ai trouvé des altérations assez avancées d'un poumon, pour me faire croire que la pneumonie avait commencé dans le sein de la mère. » Valleix affirmait rencontrer l'hépatisation à l'autopsie de presque tous les nouveau-nés. Grisolle regardait la pneumonie comme fréquente chez le nouveau-né dont elle entraînait la mort en quelques heures. Tous les auteurs, cependant, ne partageaient pas alors cette opinion, puisque Lépine, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* en nie et l'existence et même la possibilité.

Plus tard, les recherches bactériologiques et expérimentales vinrent élucider de faits restés jusqu'à assez obscurs. En 1886, Netter signala la transmission du pneumocoque chez le cobaye : les qua-

tre fœtus d'une mère contaminée renfermaient le pneumocoque. A l'étranger, Foa et Affreduzzi sur le lapin, Ortmann sur le cobaye signalaient des faits analogues. La transmission du pneumocoque était donc possible chez les animaux, et elle devait l'être aussi chez l'homme car, les observations publiées antérieurement ne laissaient guère de doute à cet égard.

Thorner avait rapporté un cas où la mère accoucha à terme après la défervescence d'une pneumonie. L'enfant succomba en trente-six heures. On trouva à l'autopsie, une hépatisation du lobe inférieur gauche et le pneumocoque à l'examen microscopique. Marchand et Strachmann ont, eux aussi, signalé des faits identiques ; ils sont moins démonstratifs cependant, car l'examen bactériologique ne fut pas fait.

En 1889, Netter signala le cas d'une femme enceinte de huit mois et demi qui accoucha, sept jours après la défervescence d'une pneumonie, d'un enfant qui succomba le quatrième jour. On trouva, à l'autopsie, un foyer d'hépatisation rouge du sommet droit avec fausses membranes pleurales et péricardiques. L'examen bactériologique montra la présence d'une pneumonie. C'est aussi Netter qui a rapporté cette observation de Hecker, dans laquelle un fœtus fut atteint de pneumonie lobaire gauche, sa mère ayant succombé à une méningite cérébro-spinale à pneumocoques.

Plusieurs autres auteurs, Roger entre autres, ont

citée des cas où le fœtus succomba à une véritable infection pneumococcique et non à une pneumonie localisée. En 1890, Viti signalait le cas d'un nouveau-né qui succomba trente-six heures après sa naissance. Sa mère avait elle-même succombé à une pneumonie.

Enfin, en juillet 1907, MM. Ménétrier et Touraine ont communiqué à la Société médicale des Hôpitaux une remarquable observation de pneumonie fœtale dont voici le résumé.

OBSERVATION XXI

(Ménétrier et Touraine. — *Bull. Soc. méd. hôpit.*,
juillet 1907.)

Pneumonie fœtale

Z... Marie, âgée de quarante-cinq ans, entre le 7 mai 1907, salle Claude Bernard, pour une pneumonie dont le début remonte à sept jours.

C'est une femme assez vigoureuse, dont le passé pathologique est peu chargé. Elle a eu six enfants, dont trois encore sont vivants. Dans l'intervalle, un avortement non en rapport avec une maladie de la mère.

1^{er} mai 1907. — Elle a, dans la soirée, un grand frisson avec point de côté violent, et de la dyspnée. Elle s'alite et n'entre à Tenon que six jours après. Elle présente, à ce moment, tous les signes d'un gros foyer de pneumonie à la base droite, surtout appréciable en arrière. Il semble, en outre,

qu'il existe une mince lame de liquide pleural au même niveau que le bloc hépatisé.

La malade est enceinte de six mois et demi environ ; les battements du cœur du fœtus sont nettement perçus.

Dès le lendemain de son entrée, la température descend en lysis et atteint la normale le 10 mai. Les signes d'hépatisation disparaissent progressivement ; il ne persiste plus que de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

8 mai. — La malade a cessé de percevoir les mouvements du fœtus.

Dans la nuit du 10 au 11 mai, elle est prise de violentes coliques utérines, les membranes se rompent, et l'accouchement se termine facilement. L'enfant, du sexe masculin, était mort-né.

La malade, dans la suite, fit une pleurésie purulente droite qui nécessita l'opération de l'empyème. Son état s'est ensuite fort amélioré.

L'autopsie du fœtus pratiquée le 12 mai, permet de faire les constatations suivantes :

Les poumons sont volumineux, de couleur rouge clair, sur le poumon gauche congestion diffuse. Sur le poumon droit, au niveau du lobe moyen, on trouve un bloc d'hépatisation du volume d'une noix.

Les autres organes semblent sains.

Du sang est prélevé aseptiquement dans la veine ombilicale et le ventricule droit du fœtus. Ensemencés en milieux différents, ils donnent tous deux des cultures nettes de pneumocoques.

Les lésions histologiques du poumon droit, sont celles

d'une hépatisation avec exsudat fibrino-leucocytaire semblable à la pneumonie lobaire.

Cette observation est un des plus remarquables exemples de la transmission intra-placentaire de l'infection pneumococcique, et de localisation de cette infection au même organe chez le fœtus et chez la mère. Nous devons surtout savoir gré à MM. Ménétrier et Touraine de n'avoir négligé aucune recherche, aucun examen ; leur observation devient de ce fait indiscutable, ce qui n'était pas le cas de la plupart de celles qui avaient été publiées jusqu'ici. En effet, un certain nombre d'anciennes observations, celles de Hermann, Hüter, Marchand, Guéniot, Stracham, entre autres, étaient basées uniquement sur l'examen macroscopique, et il semble qu'on ne puisse leur accorder une bien grande valeur.

Si maintenant, on veut bien examiner les observations plus récentes, plus fidèlement rapportées, complétées par un examen bactériologique minutieux, on verra, et MM. Ménétrier et Touraine n'ont pas manqué de le faire justement remarquer, que les faits signalés sont plutôt des exemples de pneumococcie fœtale que de pneumonie véritable, et cette dernière forme seule, nous intéresse ici. Dans le cas de Netter en particulier, on trouva sans doute une hépatisation rouge du sommet droit, mais cette lésion s'accompagnait d'abcès et de fausses membranes pleurales et péricardiques. La localisation pneumococcique n'était pas strictement limitée au poumon ;

il s'agissait dans ce cas, comme dans celui de Roger, d'une infection plus ou moins généralisée.

Seuls, les faits rapportés par Thorner et Viti, se rapprochent de l'observation de MM. Ménétrier et Touraine. Dans ces deux cas, par contre, le fœtus qui était à peu près à terme, ne succomba que trente-six heures après la naissance. Il était mort-né, dans l'observation de M. Ménétrier. Dans tous ces cas, fait remarquable, l'expulsion du fœtus ne survint qu'au moment de la défervescence de la pneumonie maternelle.

Il est enfin une dernière question qu'ont particulièrement étudiée MM. Ménétrier et Touraine. Pourquoi le pneumocoque vient-il se localiser au poulmon chez le fœtus comme chez la mère ? Nous avons pensé nous-même, qu'il fallait admettre, pour expliquer ces cas de pneumonie fœtale, une prédilection du pneumocoque pour le parenchyme pulmonaire. Mais, comme le font remarquer MM. Ménétrier et Touraine, « les conditions biologiques du poulmon de la mère et de celui du fœtus paraissent tellement différentes, qu'il serait difficile d'admettre une identité de terrain ». Et les auteurs, rappelant que Charlin a démontré le retentissement de la lésion d'un organe maternel sur l'organe similaire du fœtus, formlent ces conclusions auxquelles nous ne pouvons que souscrire : « Une semblable action ne peut-elle être admise pour le poulmon, et les substances pneumotoxiques, élaborées au cours de la pneumonie de la mère, ne pourraient-elles, transmises par la circula-

tion dans l'organisme du fœtus, déterminer dans l'organe similaire, dans le poumon, des troubles cellulaires ou des modifications circulatoires créant un milieu de moindre résistance, permettant la fixation des germes en circulation ?

C'est là une question à laquelle notre observation nous semble donner une réponse positive, mais dont la démonstration complète demanderait évidemment des faits plus nombreux et des recherches expérimentales multiples. »

CONCLUSIONS

La pneumonie ne présente pas toujours les signes et l'évolution classique que nous lui connaissons. Souvent, au contraire, elle revêt des formes plus ou moins atypiques. Ces formes rares, sont par contre, fort nombreuses. L'étude de quelques-unes d'entre elles nous permet de formuler les conclusions suivantes :

1° La pneumonie peut ne s'accompagner d'aucune élévation de température. Elle est dite alors apyrétique. Cette forme, relativement fréquente chez les vieillards, les alcooliques et tous les malades déjà débilités, est au contraire extrêmement rare chez les sujets jeunes, et antérieurement bien portants. Il est même permis de se demander si, dans ces derniers cas, l'apyrexie est absolue et s'il n'y aurait pas plutôt une élévation passagère de la température comme dans les cas décrits par Nordmann sous le nom de pneumonie d'un jour ;

2° La défervescence de la pneumonie peut parfois être retardée : soit qu'il s'agisse d'une migration du processus d'hépatisation, soit que la même région pulmonaire soit envahie par plusieurs foyers succes-

sifs ; parfois aussi, cette prolongation est due à la longue durée des signes physiques, alors que l'affection semble terminée ; ou bien il s'agit d'un simple retard dans la défervescence. Il existe enfin des cas de pneumococcies prolongées que caractérise seulement l'extraordinaire vitalité de l'agent pathogène ;

3° La pneumonie peut aussi prendre une allure de fièvre intermittente. Ce fait peut être observé en dehors de toute influence paludéenne ; mais le plus souvent, il s'agira de pneumonies survenant chez d'anciens paludéens, ou de véritables cas de pneumonies paludéennes, formes que MM. De Brun et Landouzy ont appelées pneumo-paludisme. L'important, dans ces cas, sera de ne pas méconnaître l'influence de l'hématozoaire afin d'instituer le traitement qui sauvera le malade ;

4° La pneumonie qui ne prédispose nullement à la tuberculose peut, aussi venir compliquer cette affection. Dans ce dernier cas, l'infection pneumococcique reste généralement sans influence sur les lésions bacillaires antérieures, hormis le cas, cependant, où ces lésions seraient arrivées à une période trop avancée de leur évolution ;

5° La pneumonie peut aussi compliquer une fièvre typhoïde à toutes les périodes de cette affection. Son évolution est alors la même que celle d'une pneumonie franche ; mais, dans les cas surtout où elle survient en plein cours d'une fièvre typhoïde, elle aggrave le pronostic dans une très grande proportion ;

6° Le foyer d'hépatisation pulmonaire, peut, au lieu d'aboutir à la résolution, se terminer par suppuration. Cette suppuration est le plus souvent généralisée, mais peut également se localiser, formant ainsi un abcès du poumon. Ces cas, beaucoup plus rares qu'on ne le croyait autrefois, passent souvent inaperçus cliniquement. Ils sont à peu près constamment mortels ;

7° L'œdème subaigu du poumon est fréquent au cours de la pneumonie ; il n'influe, d'ailleurs en rien, sur l'évolution de la maladie. Plus rare, mais aussi beaucoup plus grave est l'œdème aigu qui vient emporter le malade en quelques heures ;

8° Il existe enfin des cas rares de pneumonie fœtale, l'infection pneumococcique se transmettant alors de la mère à l'enfant et se localisant souvent au même organe.

Vu par le Président de la thèse
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- H. BARTH. — Art. pneumonie. Diction. encyclop. des Sc. méd., 1888.
- COMBY. — Art. pneumonie. In Grancher et Comby. Traité des maladies de l'enfance, t. III.
- GRISOLLE. — Traité de la Pneumonie, 2^e édition, 1864.
— Traité de la Pathologie interne, t. I.
- LANDOUZY. — Art. pneumonie. In Brouardel et Gilbert. Traité de Médecine et de Thérapeutique, t. VII.
- LÉPINE. — Art. pneumonie du dictionnaire de Jaccoud.
- NETTER. — Art. pneumonie. In traité de Médecine Bouchard et Brissaud, 2^e édition, t. VI.
- BINDI. — Un case di pneumonite apiretica. Clin. méd. Firenze 1906, p. 199.
- CAULUS. — Pneumonie des vieillards. Thèse de Paris, 1874.
- CHARCOT. — Leçons clin. des mal. des vieillards. Gaz. hebd. Méd. Chir., 1869.
- DESMONT. — Pneumonie des vieillards. Thèse de Montpellier, 1884.
- GUYADER. — Etats pneumoniques apyrétiques. Thèse de Paris, 1897-1898.
- HIRTZ. — Chaleur dans les maladies. Dict. Méd. Chir. pratique, 1867.

- LABBÉ. — Pneumonie diabétique. Thèse de Paris, 1892.
- LEGENDRE. — Bull. Soc. méd. hôp., 1906, p. 623. Pneumonie apyrétique.
- LINDSAY. — Case of non febril pneumonia. Tr. Royal Acad. M. Ireland Dublin, 1900, p. 57.
- JOHNSON. — Un cas de pneumonie d'un jour. Washington, M. ann., 1906-1907, p. 27.
- LEUBE. — Thür Korresp., bl. VI.
- NORDMANN. — Pneumonie d'un jour. Gazette des Hôpitaux, 1906, n° 69.
- STEINER. — Deutsche Arch. f. Klin., 1899.
- URDANARIO. — Jahrb. f. Kind.
- WEILL. — Berl. Klin. Woch., 1879.
- WUNDERLICH. — Température dans les maladies, 1872.
- ACHARD et GRENET. — Pneumonie à rechute. Bull. Soc. Méd. Hôp., 1905, p. 625.
- ANNANATI. — Un cas de pneumonie migratrice. Egypte méd. Alexandrie, 1902, p. 126.
- BOURGEOIS. — Pneumonies prolongées. Thèse de Paris, 1905.
- CHAUFFARD. — Pneumonie franche à rechute. Presse médicale, 1889, n° 5.
- DESCOIRES. — Pneumonie à rechutes. Loire méd., Saint-Etienne, 1906, p. 97.
- HALLOPEAU. — Rechute de pneumonie. Bull. Soc. méd. Hôp., 1901, p. 145.
- JOHN HAY. — 200 cases of acute lobar pneumonia. Th. Lancet, 1904, p. 1643.
- LEROUX. — Deux cas de pneumonies prolongées chez un enfant. Bull. Soc. pédiatrie, 1900, p. 205.

- YERSIN. — Pneumonies prolongées. Rev. méd. Suisse rom., 1903, p. 651.
- JACCOUD. — Pneumonie à reprise non impaludique. Clin. de la Pitié, 1888, p. 184.
- LEGENDRE. — Bull. Soc. méd. Hôp., 1905.
- MARTINET. — Pneumonie intermittente. Presse médic., 1907.
- CONSTANT. — Pneumonie intermittente et son traitement. Bull. génér. Thérap., 1852, p. 484.
- CORNIBERT. — Essai sur la fièvre pernicieuse pneumonique au Brésil. Thèse de Paris, 1872.
- DE BRUN. — Pneumo-paludisme dus ommet. Presse méd., 1907, n° 33.
- GRASSET. — Sur les pyrexies pneumoniques. Montpellier méd., 1887.
- GROS. — Pneumonie intermittente. Gaz. hebdom., 1856.
- HADJI COSTA. — Etude clin. de la pneum. post-paludéenne. Rev. méd., 1897.
- HAMLIN. — Pneumonie et paludisme. Thèse de Paris, 1896-1897.
- KELSH et KIENER. — Mal. des pays chauds.
- LANCEREAUX. — Du paludisme. Bull. méd., oct. 1891.
- LANDOUZY et DE BRUN. — Du pneumo-paludisme. Acad. méd., janv. 1895.
- LAVERAN. — Cirrhose pulm. palustre. Soc. Méd. hôp., 1859.
— Traité des fièvres palustres, 1884.
- LECOINTE. — Pneumonie intermittente. Gaz. hebdom. 1856.
- LELIÈVRE. — Thèse de Paris, 1894-1895.
- LETULLE. — Un cas de fièvre intermittente pneumonique. Gaz. hôp., 1874.

- ROCHE. — Coïncidence des accès intermittents avec la pneumonie gauche. Soc. méd., Strasbourg, 1858.
- BAYLE. — Recherches sur la phtisie. Paris, 1810.
- CLARK. — Traité de la Consommption.
- DUHAMEL. — Thèse de Paris, 1886.
- JACCOUD. — Gaz. hôp., Paris, 1887.
- LEQUYER. — Tuberculose et pneumonie. Thèse de Paris, 1901-1902.
- MORTON. — Opera méd., t. I, p. 112.
- VILLEMEN. — Tuberculose.
- FLOQUET. — De la pneumonie typhoïde. Thèse de Paris, 1879.
- GALISSART DE MALIGNAC. — Thèse de Paris, 1881.
- GUELPA. — Un cas de pneumonie typhique simulant la pneumonie caséeuse. J. de Méd. de Paris, 1904, p. 77.
- LÉPINE. — Lyon Méd., déc. 1882.
- STUHLERM. — Beitrag zur bacteriologie der lobærem typhus pneumonien. Centralb. f. Bacteriologik. Parasiteuk. Jéna, 1900.
- TOLLEMER. — Pneumonie à bacille typhique au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Bull. Soc. Pédiatrie, Paris, 1901, p. 3.
- VEILL. — Thèse de Paris, 1881-1882.
- HAWKINS. — Presse méd., 1907, n° 10, p. 791. Un cas d'abcès du poulmon.
- VALETTE. — Abcès du poulmon consécutif à une hépat. grise. Marseille méd., 1904, p. 118.
- CARNOT. — Cas d'œdème aigu du poulmon au cours d'une pneumonie. Bull. Soc. méd. hôp., 1906 p. 169.
- CAUSSADE, MILHIT I. DE JONG. — Œdèmes du poulmon au cours d'inf. pulmon. Bull. Soc. méd. hôp., 1906, p. 160.

- HONNORAT. — Du processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque. Thèse de Lyon, 1887.
- LASCAZAS DE SAINT-MARTIN. — Œdèmes pulmonaires pneumococciques. Thèse de Paris, 1907.
- MERKLEN et POUILLOT. — Œdème pulm. aigu d'origine pneumococcique chez les cardiaques. Bull. Soc. méd. hôp., juillet 1903.
- BOCHENSKI et GROEBEL. — Pneumonia during intra uterine life. Przegl. lek. krakœw., 1905, p. 511.
- GUÉNIOT. — Un exemple de pneumonie congénitale. Bull. Soc. Anat., Paris, 1864, p. 300.
- HUTER. — Ueber Lungenentzündung bei der Frucht. Deutscher Klinik. Berlin, 1856.
- HERMANN. — Pneumonia in foetu. Œsterr. med. Wochenschr., Wien, 1846.
- LÉVY. — Arch. f. pathol. Leipzig, 1889.
- MÉNÉTRIER et TOURAINE. — La pneumonie du fœtus. Bull. Soc. méd. hôp., 1906 p. 799.
- NETTER. — Soc. de Biologie, mars 1889.
- ROGER. — Traité des Maladies infectieuses, 1904, p. 1220.
- THORNER. — Ein fall von pneumonia crouposa congenita. München, 1884.
- VITI. — Arch. italiennes de Pédiâtrie, 1890. p. 188.